

REVUE
NEUROLOGIQUE

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE NEUROLOGIQUE

ORGANE SPÉCIAL D'ANALYSES

DES TRAVAUX CONCERNANT LE SYSTÈME NERVEUX
ET SES MALADIES

DIREC^E PAR

E. BRISSAUD ET P. MARIE

PROFESSEURS AGGRÉGÉS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECINS DES HÔPITAUX

Secrétaire de la Rédaction : Dr H. LAMY

TOME IV — 1896

PARIS

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1896

I.

II.

III

REVUE NEUROLOGIQUE

SOMMAIRE DU N° 1

	Pages.
I. — TRAVAUX ORIGINAUX. — Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, par P. LADAME (de Genève) (fig. 1 et 2).....	2
II. — ANALYSES. — Anatomie et physiologie : 1) JACOBSON. Topographie du faisceau pyramidal dans le bulbe. 2) JELGERSMA. Voies et centres sensitifs et sensoriels. 3) SALA. Structure des nerfs. 4) TURNER. Destruction expérimentale du tubercule de Rolando. 5) FAJERSZTAJN. Dégénérescences consécutives aux doubles sections médullaires. 6) SOMMER. Arrêt des processus intellectuels. 7) LURASHI. Thermo-esthésiomètre électrique. 8) CRISTIANI. Thyroïdectomie chez les serpents. — Anatomie pathologique : 9) TSCHISTOWITSCH. Du cerveau dans le choléra asiatique. 10) BOUCHAUD. Paralysie glosso-labiée d'origine corticale. 11) MURATOW. Métastase carcinomateuse de la circonvolution du corps calleux. 12) JANSEN. Sarcome de la pie-mère. 13) KRONTHAL et KALISCHER. Anatomie pathologique de la chorée chronique progressive héréditaire. 14) VAN BRERO. Malformation des organes génitaux chez un épileptique. 15) POWER. Un cas de scio-pédi. — Neuropathologie : 16) LÉPINE. Maladies du système nerveux. 17) P. LONDE. Maladies familiales du système nerveux. 18) KAISER. Trouble vaso-moteur unilateral d'origine cérébrale. 19) EICHHORST. Myosite ossifiante et maladies de la moelle. 20) JANOWSKI. Intoxication saturnine avec symptômes très rares. 21) BARON. Troubles trophiques dans l'intoxication saturnine. 22) KOSE. Remarques sur la leucémie. 23) VALUDE. L'érythropsie. 24) CORNING. Recherches sur l'intelligence dans le vertige. Vertige comme auxiliaire de l'hypnose et de la narcose. — Psychiatrie : 25) BIANCHI. Paralysie générale et folie sensorielle. 26) GEILL. Pesées de cerveaux à l'asile d'Aarhus. 27) VORSTER. Compression de la moelle allongée par l'apophyse odontoïde chez un paranoïaque. Idées délirantes par allégorisation d'idées réelles. 28) OSEYER. Confusion hallucinatoire aiguë. 29) THOMSEN. Idées obsédantes et états psychiques voisins. 30) KÜFFNER. Variété psychomotrice de la paranoïa. 31) SALEM PACE. Critères scientifiques et idées fixes. 32) CAPPELLETTI. Epilepsie psychique. 33) DOTTO. Salive parotidienne des hypémaniques. 34) LEMAÎTRE. États cataleptiques dans les maladies mentales. 35) MUSCEL. Folie consécutive aux opérations sur le système génital de la femme. 36) MAGNAN et SÉRIEUX. Les buveurs d'habitude. 37) CH. FÉRÉ. L'ivresse érotique. 38) LIEPMANN. Délires et hallucinations provoquées des alcooliques. 39) DEBOVE. Médecin morphinomane. — Thérapeutique : 40) THOMAS. Emploi du chloralose. 41) HERZEN. Intoxication par le chloralose. 42) MARANDON de MONTYEL. Action hypnotique du chloralose. 43) HERTING. Sulphonal, trional et tétronal. 44) WYSS. Empoisonnement par le sulfonal. 45) DOYEN. Chirurgie cérébrale. 46) MORSELLI. Epilepsie traumatique par compression de la région temporo-pariétale. 47) CARTER. Ostéoplastie pour hernie cérébrale. 48) BUTLIN. Lésions obscures du cerveau. 49) CASSAËT. Difficultés du choix du point de trepanation. 50) SHAW et BUSH. Sarcome du cortex. 51) ELLIOT. Traitement du torticolis par intervention sur le spinal. 52) CHIPAULT et DEMOULIN. Résection intra-durale des racines médullaires postérieures. 53) CAUSSIN. Tuberculose vertébrale antérieure. 54) CHIPAULT. Traitement des maux perforants plantaires par l'elongation des nerfs plantaires.	6
III. — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	31

TRAVAUX ORIGINAUX

ALOPÉCIE LOCALISÉE DANS UN CAS D'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

Par le Dr P. Ladame, de Genève.

On a signalé depuis longtemps les chutes de cheveux à la suite de traumatismes graves ou de fortes émotions morales. Ce symptôme de trouble nerveux trophique est rarement mentionné cependant dans la névrose traumatique dont l'hystéro-neurasthénie forme la très grande majorité des cas, ainsi que l'a démontré Charcot.

L'observation suivante, qui présente certaines particularités dignes d'être relevées, m'a paru intéressante, notamment par l'alopecie circonscrite nettement localisée dans la région fronto-pariétale et temporaire, qui est restée depuis l'accident le siège de douleurs céphaliques.

Z..., âgé de 50 ans, ouvrier plâtrier-peintre, a été victime d'un grave accident le 30 juin 1894. Il est tombé d'un échafaudage qui se trouvait entre le deuxième et le troisième étage d'une maison en construction. Il perdit connaissance et saigna par l'oreille gauche. On ne constata du reste aucune fracture du crâne ni des membres. Une plaie de quelques centimètres, sur la bosse pariétale gauche n'intéressait que les parties molles. Le malade ne se souvient absolument rien des circonstances qui ont accompagné son accident, dont il ne sait que ce qu'on lui en a raconté. Sa femme l'a soigné après sa chute, et c'est elle qui nous donne tous les détails sur les conséquences funestes qu'eut cet accident, sur la santé de son mari.

Remarquons d'abord qu'une enquête très minutieuse sur les antécédents héréditaires et personnels de Z... ne nous a révélé aucune prédisposition du malade pour les affections nerveuses ou mentales. Ces maladies sont tout à fait inconnues dans les familles de son père et de sa mère. Tous deux sont morts dans un âge avancé, à 71 ans, le père de pneumonie et la mère d'une tumeur à l'estomac. Même observation pour les oncles et les tantes. Les frères et sœurs de Z... sont tous mariés et bien portants, ainsi que leurs enfants. Notre malade a eu deux enfants dont l'un, âgé aujourd'hui de 20 ans, n'a jamais fait de maladie et travaillait avec son père ; l'autre est mort d'accident à 14 ans, des suites d'une brûlure qu'il se fit en renversant sur lui une bonbonne d'esprit de vin. Z... a toujours été bien portant et bon travailleur. Il a eu la petite vérole en 1868 et l'influenza en janvier 1891, sans complications. Ni syphilis, ni alcoolisme.

Après sa chute du 30 juin 1894 le malade resta pendant plus d'un mois sans connaissance, ou du moins sans qu'il se rappelle quoi que ce soit de cette période de sa maladie. Il était très agité, nous dit sa femme ; il parlait sans cesse, chantait, s'efflait, était méchant et donnait facilement des coups aux personnes de son entourage, à sa femme et à son fils particulièrement. Pendant trois semaines environ il présenta une incontinence de l'urine et des matières fécales. Il ne dormait que sous l'influence des piqûres de morphine. Il est difficile de savoir actuellement si les symptômes de cette période se rapportent à un état de délire violent avec gâtisme, ou bien s'ils indiquent un accès de confusion mentale hallucinatoire, ou simplement peut-être un accès de manie aiguë et furieuse, comme on en a déjà observé dans les cas analogues.

Quoi qu'il en soit, Z... se calma peu à peu, mais il ne recouvra jamais la santé et n'entra pas franchement en convalescence. Il souffrit dès lors constamment de la tête, se plaignit de vertiges au moindre mouvement et demeura incapable de tout travail. Un changement profond se manifesta dans son caractère. On s'aperçut d'un amoindrissement notable de ses facultés intellectuelles, spécialement de sa mémoire. Il est devenu un enfant, nous dit sa femme ; il ne se souvient de rien et n'est sûr de rien. Il peut à peine se diriger seul dans les rues. C'est la mémoire des événements récents qui est atteinte, car il se souvient bien des choses anciennes ; c'est lui qui nous donne la plupart des renseignements sur ses

antécédents héréditaires et personnels. Il est devenu extrêmement irritable et ne supporte aucune contrariété. Au moindre mot et au premier prétexte il se met subitement dans de violents accès de fureur contre sa femme et son fils, les traite d'imbéciles, les injurie et les menace ; mais il ne s'est jamais porté contre eux à des voies de fait.

Etat actuel, 30 novembre 1895. — L'attitude du malade révèle une grande dépression nerveuse. La tête basse, l'allure abandonnée, la physionomie exprimant la souffrance morale, la tristesse, le découragement et l'inquiétude. Le malade est indifférent à tout ce qui l'entoure ; il est uniquement préoccupé de sa santé et se plaint vivement des troubles qu'il ressent. Il suffit de toucher ce point pour arracher le malade à son apathie ; une fois sur ce chapitre Z... ne tarit plus et parle d'abondance.

Mal de tête. — Il se plaint surtout de maux de tête et de vertiges. La céphalgie est sourde, à peu près constante et d'une intensité assez variable. Elle a son siège dans toute la région frontale, sur les tempes et à la nuque. Toute la région frontale est hyperesthésiée, douloureuse à la percussion, surtout dans le voisinage d'une cicatrice, d'une longueur de 4 centimètres, située dans la bosse du pariétal gauche.

Alopécie. — On remarque dans cette même région frontale, qui est le siège des douleurs, une calvitie précoce nettement localisée. Depuis l'accident, Z... a perdu abondamment ses cheveux dans toute cette région douloureuse, et il n'en reste que quelques rares mèches clai semées qui témoignent des limites primitives de sa chevelure. Il nous a montré des photographies antérieures à son accident, dans lesquelles on voit qu'il avait des cheveux en abondance dans cette région aujourd'hui dénudée, comme il en a sur le reste de la tête. La peau ne présente du reste à cet endroit aucune altération, elle est parfaitement lisse et polie.

Vertige. — Parmi les autres symptômes que nous avons relevés chez Z..., nous mentionnerons le vertige. Jamais le malade n'a la tête libre. Il ressent toujours une certaine lourdeur de tête qui le gêne considérablement et l'empêche de fixer son attention. Au moindre mouvement, s'il tourne la tête à droite ou à gauche, ou s'il se baisse la tête en bas, il est pris soudain de vertige et risque de tomber ; on le voit alors chanceler et porter vivement sa main à la tête. En marchant il ne peut faire une brusque volte-face sans que la tête lui tourne et qu'il perde l'équilibre.

État mental. — La caractéristique de son état mental se trouve dans ses préoccupations hypochondriques et dans son émotivité. On ne constate chez lui ni idées délirantes ni hallucinations d'aucune sorte.

Le malade est toujours fatigué. Dans la rue il a peur de tout et redoute principalement les voitures qui lui donnent du vertige par la trépidation qu'il en ressent ; il craint toujours que les personnes qu'il rencontre viennent contre lui et le fassent trébucher. Il évite la foule, le bruit et le mouvement ; il recherche la solitude et se sent incapable du moindre travail.

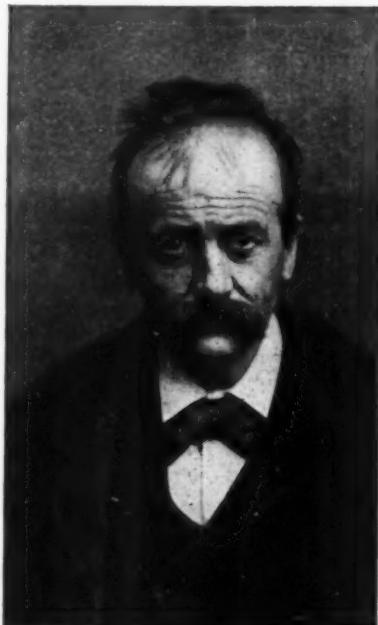


FIG. 1.— Hystéro-neurasthénie traumatique ; chute d'un échafaudage à la hauteur d'un 3^e étage, le 30 juin 1894.

Sommeil. — Il dort mieux qu'auparavant, mais il a toujours de la peine à s'endormir et son sommeil est constamment agité par des rêves. Toutefois, il n'a pas de cauchemars proprement dits et, en particulier, il ne se souvient pas d'avoir rêvé de son accident, comme cela s'observe habituellement dans les cas analogues. Le malade est souvent plus éreinté le matin à son réveil que le soir lorsqu'il s'est mis au lit.

Parole. — Il parle facilement et couramment sans offrir aucun trouble de la parole ; mais si la conversation se prolonge sur perçot bientôt des signes de fatigue, le malade cherche ses mots et commence à bégayer. Il en est de même lorsque Z... parle sous l'influence d'une émotion. Jamais il n'avait éprouvé ce bégaiement avant son accident.

Le malade lit assez couramment, mais il ne peut fixer son attention sur sa lecture ; il se fatigue très vite et il est incapable de se rappeler un mot des quelques lignes qu'il vient de lire.

Vue. — Il se plaint de sa vue qui a beaucoup baissé, dit-il. Les pupilles présentent une dilatation moyenne et sont égales. Elles réagissent un peu paresseusement au réflexe de l'accommodation et à celui de la lumière. Il existe dans les deux yeux (surtout à droite) un rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel que nous avons mesuré au cam-

pième.

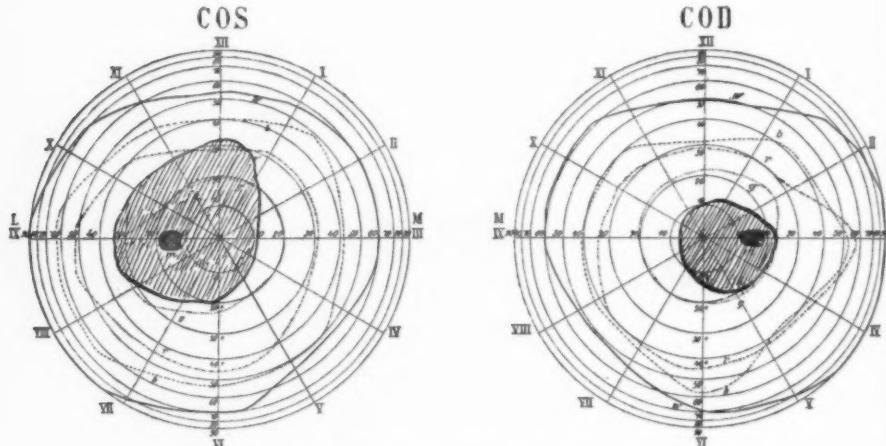


FIG. 2. — Rétrécissement du champ visuel de Z... Examen campimétrique du 27 novembre 1895.

En outre, on constate une inversion pour l'étendue du champ de perception des couleurs entre le rouge et le vert. Ce dernier dépasse de tous côtés la vision du rouge qui est très rétrécie, surtout dans l'œil droit. Du reste, pas de dyschromatopsie.

Ouïe. — L'ouïe offre aussi des troubles assez prononcés. Elle est très diminuée des deux côtés. À droite, le malade entend à peine le tic-tac de la montre placée à 10 centimètres de l'oreille ; à gauche, il faut la rapprocher à 2 centimètres pour que le bruit du tic-tac soit perçu. On découvre à l'examen otologique une place blanchâtre, arrondie, à la partie inférieure du tympan, à gauche. Il s'agit probablement de la cicatrice d'une perforation ancienne du tympan qui proviendrait d'une déchirure de cette membrane, au moment de la chute. On se souvient qu'on remarqua alors une hémorragie par l'oreille gauche. Dans l'oreille droite on n'aperçoit qu'un léger enfoncement de la portion postéro-inférieure du tympan, qui offre une tension plus forte que normalement.

Motilité. — Les rides du visage sont fortement prononcées. Le malade fronce ordinairement les sourcils et fait souvent des grimaces. Nulle trace de parésie dans les muscles de la face. La langue est tirée droite et se meut facilement dans tous les sens.

Au dynamomètre on constate un affaiblissement marqué de la force musculaire. Main droite 30. Main gauche 23. Tous les mouvements des membres se font du reste bien. La démarche est vacillante, mal assurée. Pas de signe de Romberg. Les réflexes tendineux sont très vifs aux coudes, fortement exagérés aux genoux. Pas de clonus du pied, ni tremblements, ni contractions fibrillaires.

Sensibilité. — Outre les maux de tête dont nous avons déjà parlé, Z... se plaint de douleurs vagues dans les membres, surtout dans les épaules, à droite principalement. La sensibilité existe partout, au contact, à la piqûre, au chaud, au froid, à la faradisation. Elle est exagérée dans la région frontale et généralement par l'impression du froid. On constate que la sensibilité est diminuée sur tout le côté droit, notamment sur le tronc et sur la cuisse droite. Au moment de l'examen, c'est-à-dire une année et demie après l'accident, on remarquait ainsi quelques indices d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite qui existait peut-être d'une manière plus prononcée auparavant.

On ne trouve nulle part de plaques d'anesthésie complète. La sensibilité du voile du palais existe des deux côtés; elle paraît même exagérée, et le réflexe du voile du palais est très marqué.

La pression des testicules est également douloureuse à droite comme à gauche. Les bourses sont contractées et le réflexe crémastérien aboli à droite; à gauche, en passant rapidement le manche du marteau à percussion sur la partie interne de la cuisse, on provoque un réflexe abdominal inférieur, mais pas de contraction du scrotum. Les réflexes abdominaux existent, surtout à gauche. Les réflexes plantaires sont bien marqués des deux côtés.

Autres fonctions. — Amaigrissement général. Peu d'appétit. Constipation, pas d'autres troubles digestifs. Pouls : 72 à la minute, régulier. Rien de particulier à noter sur le cœur, les poumons, le foie, etc.; nulle part la pression de l'abdomen n'est douloureuse.

Pas de troubles urinaires. Le malade se plaint cependant du temps prolongé qu'il met pour uriner.

Impuissance génitale absolue. Ces fonctions sont totalement aménantes depuis l'accident. La femme de Z... affirme que depuis cette époque son mari ne s'est jamais approché d'elle, bien qu'ils couchent toujours ensemble.

Diagnostic. — Il résulte bien manifestement des commémoratifs et des symptômes exposés ci-dessus que le malade dont il s'agit ici est atteint d'hystéro-neurasthésie traumatique, de forme vraiment classique. L'alopécie nerveuse circonscrite dans la région des douleurs frontales est une particularité qu'on observe peut-être assez rarement dans les cas de ce genre, mais qui n'offre aucune difficulté d'interprétation. Cette chute partielle des cheveux est évidemment le résultat d'un trouble trophique analogue à ceux qui ont été maintes fois observés dans d'autres maladies nerveuses. Dans son *Traité des maladies nerveuses*, Oppenheim dit qu'il a observé, dans un cas de névrose traumatique, une alopecie qui débuta du côté anesthésié et s'étendit peu à peu sur toute la surface du corps.

Pronostic. — Le pronostic reste douteux, quant à la guérison définitive et complète. Il dépend beaucoup des circonstances au milieu desquelles le malade sera appelé à vivre. En somme, le pronostic nous paraît assez peu favorable.

Traitemennt. — Outre les indications générales bien connues du traitement physique et moral des cas de ce genre, nous avons institué la galvanisation de la tête au moyen de grandes plaques placées sur le front et la nuque, avec une intensité faible (1 à 2 milliampères), chaque séance ne dépassant pas au début la durée de une à deux minutes. Nous avons pu constater à cette occasion l'absence du signe d'Eulenburg, c'est-à-dire de la diminution de la résistance électrique de la tête. Dans notre cas cette résistance n'offrait rien d'anormal.

ANALYSES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

- 1) La topographie du faisceau pyramidal antérieur dans le bulbe**
 (Ueber die Lage der Pyramidenvorderstrangfasern in der Medulla oblongata),
 par L. Jacobsohn (du laboratoire du professeur Mendel à Berlin). *Neurol. Centrbl.*, 1895, n° 8, p. 348.

Dans un cas d'artériosclérose grave du système nerveux central avec foyers multiples de ramollissement dans la protubérance, etc., le faisceau pyramidal direct a été trouvé beaucoup moins dégénéré que le faisceau croisé correspondant, ce qui permet de conclure avec beaucoup de probabilité que dans le pédoncule cérébral les fibres du faisceau pyramidal direct ne sont pas entremêlées avec celles du faisceau croisé, mais se trouvent seulement à côté de celles-ci. En outre, l'étude comparée des coupes du bulbe a démontré que le faisceau direct occupe dans le bulbe (sur tout son trajet) l'angle latéral du cordon pyramidal.

A. RAICHLINE.

- 2) Les voies et les centres sensitifs et sensoriels**, par G. JELGERSMA
 (d'Arnhem). *Neurol. Centrbl.*, 1895, n° 7, p. 290.

On sait que Cajal et Lenhossek ont démontré dans les racines postérieures de la moelle l'existence de fibres disséminées qui se trouvent en communication directe avec les cellules ganglionnaires des cornes antérieures, fibres sans doute à direction centrifugale (motrices).

L'auteur croit avoir découvert les mêmes rapports dans le nerf optique des pigeons, où il est arrivé à différencier (par la méthode des dégénérescences secondaires après l'extirpation de l'œil des jeunes animaux) un faisceau (de forme semi-lunaire) de fibres émanant directement des cellules ganglionnaires du lobe optique (*ganglion optique dorsal* de l'auteur).

Ce fait prouve qu'il n'existe pas de différence principale dans la structure des nerfs sensitifs et sensoriels. Tous les deux contiennent des fibres centripètes et des fibres centrifuges. Celles-ci président sans doute aux phénomènes moteurs liés à la fonction sensitive ou sensorielle (mouvements du pigment rétinien pour le nerf optique ?). Seulement, tandis que ces fibres centrifuges sont disséminées dans les racines postérieures, elles sont constituées en faisceaux distincts dans les nerfs sensoriels, organes plus différenciés.

Il est à présumer que les mêmes rapports existent dans le nerf acoustique.

La présence de fibres centrifuges dans les racines postérieures n'est pas une contradiction à la loi de Bell, laquelle doit être comprise dans le sens physiologique seulement.

Du reste les récentes recherches histologiques et embryologiques ne nous ont-elles pas démontré que les cellules ganglionnaires des ganglions spinaux, de la rétine et du ganglion spiral cochléæ sont des formations homologues, et que les nerfs optique et acoustique sont en tous points comparables aux racines postérieures de la moelle ?

A. RAICHLINE.

3) Contribution à l'histoire de la structure des nerfs (Contributo alla conoscenza della struttura dei nervi), par SALA, *Societa med. chir. di Pavia*, juin 1895.

L'auteur, en traitant des fascicules nerveux du sciatique de rats blancs, lapins, cobayes, par la méthode de Golgi modifiée par Tirelli et Pellizi pour la coloration des entonnoirs (substitution à la solution aqueuse de bichromate de potasse d'une solution du même sel à 2 p. 100 dans du bouillon de viande), réussit à colorer en noir des cellules particulières ; elles sont en dehors des fibres nerveuses, ont un corps aplati, lamellaire, qui s'applique étroitement à la surface externe de la gaine de Schwann, se modelant sur la convexité de la fibre et fournissant de fins prolongements, rigides, filiformes, qui embrassent étroitement la fibre, formant de place en place de véritables anneaux réticulés autour de la fibre même. L'auteur croit que ces éléments ne représentent que des formes spéciales de cellules connectives propres de l'endonévre ; leur mode spécial de se comporter à la façon des fibres nerveuses, mise en évidence par la méthode de Golgi, doit être interprété comme un phénomène d'adaptation au milieu dans lequel ces cellules ont dû croître.

SILVESTRÌ.

4) Destruction expérimentale du tubercle de Rolando (The results of experimental destruction of the tubercle of Rolando), par W. A. TURNER. *Brain*, 1895, p. 231.

Les expériences ont porté sur des singes ; la destruction limitée au tubercule de Rolando entraîne : 1^o des troubles de sensibilité par défaut dans la zone de distribution de la V^e paire, du côté de la lésion ; 2^o troubles de la sensibilité des deux côtés du corps. Dans la sphère du trijumeau, toutes les sensibilités de la cornée, de la peau et des muqueuses sont abolies ou diminuées (destruction de la racine ascendante du trijumeau), il n'y a pas de troubles trophiques. On note le myosis du côté lésé, et une fois le rétrécissement de la fente palpébrale. Il y a donc des fibres dilatrices de la pupille dans la racine ascendante du trijumeau. Les troubles de la sensibilité sur le corps sont plus importants : *du côté de la lésion*, le sens du toucher disparaît pour un temps, la sensibilité à la douleur demeure ; *du côté opposé*, l'impression tactile persiste, la sensibilité à la douleur est diminuée. Dans un but de comparaison, l'auteur a pratiqué des hémisections de la moelle au même niveau. Toutes ces expériences confirment l'opinion de Tooth qui fait de la substance gélatineuse et de la partie adjacente de la corde postérieure une région principalement conductrice des sensibilités. *Figures*.

FEINDEL.

5) Recherches sur les dégénérescences consécutives aux doubles sections médullaires (Untersuchungen über Degenerationen nach doppelten Rückenmarks Durchschneidungen), par J. FAJERSZTAJN (de Lemberg). *Neurol. Centrbl.*, 1895, n° 8, p. 339.

S'inspirant des recherches de Golgi, Cajal, Lenhossek, etc., sur les soi-disant cellules des cordons et cellules commissurales, Fajersztajn s'est appliqué à élaborer la topographie des fibres provenant en général de la substance grise médullaire elle-même, fibres qu'on pourrait désigner sous le nom générique de *fibres myélogènes*.

Il s'est servi de la méthode des doubles sections transversales (sur des chiens jeunes et adultes) et dans les tronçons de la moelle (dorsale ou dorso-lombaire) ainsi isolés, il a étudié la distribution des fibres *non dégénérées*. Celles-ci ne peu-

vent évidemment appartenir que : 1) soit aux ganglions spinaux, situés entre les niveaux des deux sections ; 2) soit à la substance grise médullaire elle-même (fibres myélogènes).

Voici maintenant les principales conclusions de ce travail :

1^o La plupart des fibres myélogènes sont cantonnées dans les cordons antérieurs et postérieurs de la moelle dorsale dans une couche ininterrompue, plus large du côté latéral et ventral que du côté dorsal, et qui entoure la substance grise (zone interne).

2^o La zone périphérique dégénérée contient : a) les fibres du faisceau cérébello-ux, provenant selon toute vraisemblance des cellules de Stilling-Clarke, et b) un grand nombre d'autres fibres myélogènes, de calibre gros ou moyen.

3^o La plupart des fibres myélogènes longues se trouvent dégénérées et sont contenues dans la zone périphérique, tandis que les fibres myélogènes courtes sont situées dans la zone interne surtout.

4^o Le champ ventral des cordons postérieurs de la moelle lombaire est constitué principalement par des fibres myélogènes qui prennent naissance dans la substance grise lombaire.

5^o La commissure antérieure est formée surtout par des fibres myélogènes. La participation des racines postérieures à la formation de la commissure antérieure peut être exclue avec certitude.

6^o La commissure postérieure contient probablement, en dehors des collatérales sensitives, quelques fibres myélogènes.

7^o Les fibres myélogènes sont intimement liées dans une moelle développée aux fibres d'origine extra-spinale et ne forment pas de systèmes distincts.

A. RAICHLINE.

6) Contribution à l'étude de l'arrêt des processus intellectuels (Zur Lehre von der Hemmung geistiger Vorgänge), par SOMMER (Würzburg). *Allgemeine Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. I., fasc. 1, 2, p. 234, 2 figures.

Cas de stupeur avec attitudes cataleptoïdes, dans lequel le ralentissement des phénomènes intellectuels était des plus marqués. L'auteur a tenté de mesurer l'allongement du temps de réaction en posant au malade des questions courtes et faciles, en lui faisant faire des calculs arithmétiques simples. Tableaux nombreux résumant les interrogatoires. Le retard est dû à un arrêt subi par la perception consciente dans les centres, et non à un obstacle dans les voies de conduction. Le travail intellectuel est réduit à son minimum, mais non aboli; l'excitation produite par une impression extérieure ne fait pas naître immédiatement les images qui s'associent à elles d'habitude. Les attitudes cataleptoïdes s'expliquent de façon analogue.

TRÉNEL.

7) Thermo-esthésiomètre électrique (Il termoestesiometro elettrico), par LURASHI. *Gazzetta degli Ospedali*, 1895.

L'appareil consiste en deux éprouvettes qui peuvent s'adapter à un support muni d'un manche. Le support est traversé par deux thermomètres gradués l'un de + 20 à + 100, l'autre de - 20 à - 60. A l'entour de la cuvette du premier, s'enroule un fil de platine venu d'un interrupteur communiquant par un autre fil avec un accumulateur. Les tiges des deux thermomètres sont recouvertes de forts manchons de verre qui tout en les protégeant permettent la lecture des oscillations. Les deux éprouvettes sont remplies d'eau froide; on lit au thermomètre la température qui est inférieure à 30; le courant étant fermé, l'eau de

l'éprouvette s'échauffe graduellement jusqu'à 100. On saura trouver la température précise qui donne au sujet la sensation de chaleur. Avantages : l'appareil peut s'adapter à tous les accumulateurs ; l'échauffement est graduel, le degré obtenu peut être rendu stable ; le toucher par l'expérimentateur de la deuxième éprouvette donne un point de comparaison. Pour les basses températures, on se sert d'alcool comme liquide, du pulvérisateur de Richardson avec le mélange d'alcool et d'éther comme réfrigérant.

MASSALONGO.

- 8) **Effets de la thyroïdectomie chez les serpents**, par le Dr CHRISTIANI (de Genève). *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 janvier 1895, p. 36.

En se basant sur vingt-deux extirpations entièrement réussies, l'auteur conclut que chez la couleuvre, comme chez le lézard, l'extirpation du corps thyroïde paraît produire des effets funestes, analogues à ceux qu'on observe chez les mammifères ; les symptômes sont moins manifestes et plus difficiles à analyser, mais la mort (dans l'espace de quatre à vingt-sept jours) paraît en être la conséquence fatale.

P. LADAME.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 9) **Anatomie pathologique du cerveau dans le choléra asiatique** (Ueber die pathologisch anatomischen Veränderungen des Gehirns bei der Cholera asiatica), par TSCHISTOWITSCH. *St-Petersburger medicinische Wochenschrift*, n° 31, 1895, p. 273.

Les lésions existent déjà dans les cas foudroyants ; elles sont plus intenses dans les cas plus lents à forme typhoïde. Au début, il y a de l'œdème des cellules ; puis la chromatine disparaît dans quelques noyaux, dont les contours deviennent irréguliers, enfin s'effacent. En même temps, les cellules deviennent troubles, granuleuses, perdent leurs connexions avec leurs prolongements, se réduisent enfin à un amas de granulations. D'autres cellules, le noyau disparu, deviennent simplement homogènes. Prolifération péricellulaire minime. Congestion vasculaire, extravasations sanguines. Pas de prolifération névroglique nette, ni de diapédèse. Dégénération granuleuse du protoplasma des grosses cellules névrogliques, sans lésions nettes de leur noyau. En somme, c'est un processus aigu, dégénératif et nécrotique.

TRÉNEL.

- 10) **Paralysie labio-glossée d'origine corticale**, par BOUCHAUD. *Revue de médecine*, 1895, n° 6 et 7.

Les lésions de la paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale occupent presque toujours les régions sous-corticales du cerveau, rarement l'écorce. L'auteur a observé un cas de cette dernière espèce, assez particulier : la paralysie de la langue et des lèvres, absolue et accompagnée de perte de la parole, s'est montrée stationnaire ; à l'autopsie, on n'a trouvé d'autres altérations qu'une atrophie de quelques circonvolutions. Il s'agit d'un homme de 28 ans, peu développé au point de vue physique et intellectuel, épileptique ; paralysie de la langue, des lèvres, de la mâchoire inférieure, déglutition difficile, parole absente ; strabisme externe de l'œil gauche, parésie et arrêt de développement du bras gauche ; mort par pleurésie. A l'autopsie, on a trouvé des circonvolutions atrophiques, d'autres hypertrophiées. L'atrophie portait principalement : à gauche, sur la partie inférieure de FA, PA en entier, le lobe pariétal inférieur ; à droite, sur la partie inférieure de FA, sur PA qui est la plus atrophiée, pariétal supé-

rieur, pariétal inférieur. Ces lésions, développées aux premiers âges de la vie, et qui n'ont fait depuis aucun progrès, n'ont pu déterminer les accidents que cause l'hémorragie ou le ramollissement; néanmoins elles ont réalisé le masque pseudo-bulbaire. L'auteur part de ce fait pour passer en revue les localisations cérébrales, les observations de paralysies par lésion des centres corticaux de l'hypoglosse, de la mâchoire, du larynx, de la parole, etc., et se livrer à des commentaires intéressants sur le trajet des fibres allant de l'écorce aux noyaux du bulbe.

FEINDEL.

- 11) **Un cas de métastase carcinomateuse de la circonvolution du corps calleux** (Ein Fall von carcinomatöser Metastase des Gyrus fornicatorius), par W. MURATOW (de Moscou). *Neurol. Centrbl.*, 1895, n° 9, p. 398.

La tumeur métastatique, du volume d'une noisette, occupait dans l'hémisphère gauche toute la profondeur de la circonvolution du corps calleux, dans la région (au-dessous) du lobe paracentral, et pénétrait dans le corps calleux lui-même.

Les phénomènes intra-vitam consistaient en une hémiplégie transitoire du côté droit (la jambe était plus prise que le bas) avec hémiasthésie plus prononcée et persistante.

L'auteur admet que ces phénomènes sont d'ordre réflexe et relèvent d'une part de la compression du lobule paracentral, d'autre part de la dégénération constatée des fibres d'association (hémiasthésie persistante).

Rien ne prouve d'une façon incontestable que la circonvolution du corps calleux possède des centres spéciaux (Ferrier).

A. RAICHLIN.

- 12) **Sarcome de la pie-mère** (Ein Sarcom der Pia Mater), par le Dr V. JANSSEN. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, Band 139, Heft 2, 1895.

La plupart des tumeurs que l'on décrit comme cancers du cerveau ont leur origine dans les éléments endothéliaux des méninges et ne devraient en conséquence être décrites que comme sarcomes ou endothéliomes. Une partie de ces néoplasmes viennent de la dure-mère, la plupart dérivent de la pie-mère et des gaines vasculaires que fournit la pie-mère. Enfin, on en observe des formes où la structure fasciculée est tout à fait prépondérante et dans lesquelles les cellules n'ont qu'exceptionnellement une disposition alvéolaire. Le caractère commun de toutes ces productions est qu'elles tirent leur origine des cellules endothéliales des méninges ou des gaines périthéliales des vaisseaux cérébraux. L'observation de sarcome de la pie-mère rapportée très au long par le Dr Janssen, est instructive tant au point de vue histologique qu'au point de vue clinique.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, morte avec tous les symptômes d'une tumeur cérébrale. A l'autopsie, on trouva sur le côté droit de la protubérance une grosse tumeur, qui, passant au-dessous du point de Varole, adhérant à la substance cérébrale; ce néoplasme avait envahi la protubérance jusqu'au niveau de l'origine apparente du trijumeau et pénétrait dans le cervelet. Il était difficile de reconnaître quel était le point de départ de la tumeur : elle avait vraisemblablement son origine entre l'olive et la protubérance. Le nerf facial, l'acoustique, le noyau ventral de l'acoustique, les faisceaux de fibres du corps restiforme et les pédoncules de la protubérance, une partie du noyau sensitif du trijumeau étaient envahis par le sarcome, qui comprimait le trijumeau, l'abducens, la couche superficielle des fibres protubérantielles, le corps restiforme, et l'hémisphère cérébel-

leux correspondant. L'anatomie macroscopique de cette tumeur faisait penser qu'elle avait son origine dans la pie-mère.

L'examen microscopique montra que la pie-mère elle-même était le siège d'une néoformation sarcomateuse qui envahissait aussi le tissu sous-arachnoïdien, et il fut voir que le sarcome tirait son origine en partie des cellules qui recouvrent les faisceaux de fibres de la pie-mère et du tissu sous-arachnoïdien, et en partie des cellules périthéliales des vaisseaux. Toutes ces cellules ont la signification de cellules endothéliales lymphatiques et par places elles suivent le cours des lymphatiques, mais la plus grosse partie de la tumeur a perdu la trace de cet arrangement primitif. Cette tumeur est donc une forme intermédiaire entre le sarcome, alvéolaire et le sarcome fasciculaire. Elle présente en certains points une tendance à la dégénérescence homogène.

Les symptômes présentés par la malade de son vivant avaient permis de faire un diagnostic de localisation presque tout à fait exact : ils dépendaient en effet des altérations macroscopiques signalées plus haut ; les symptômes ordinaires des tumeurs cérébelleuses ont absolument fait défaut, chose importante à signaler. Comme étiologie de ce sarcome, peut-être faut-il signaler que la malade avait eu la syphilis ; dans tous les cas le traitement n'avait eu aucun effet sur cette affection à allure progressive et dont la durée fut de trois ans. La moelle épinière présentait des altérations des méninges, des vaisseaux de celles-ci (artères et veines) et des altérations dégénératives de la surface de sa substance nerveuse.

I. TOLLEMER.

- 13) **Nouvelle contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la chorée chronique progressive (héritaire)** (*Weiterer Beitrag zur Lehre von der pathologisch-anatomischen Grundlage der chronischen progressiven Chorea (hereditaria)*), par P. KRONTHAL et S. KALISCHER. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*. Band 139, Heft 2, 1895.

Ce mémoire tire son origine d'une observation de chorée de Huntington concernant une femme de 60 ans, morte d'épuisement après avoir présenté pendant 20 ans des secousses choréiques et des troubles mentaux. Deux sœurs de cette femme avaient également présenté des symptômes de cette maladie. Il est impossible de savoir si la malade a eu la syphilis, ce qui semble peu probable.

Les altérations anatomiques microscopiques et macroscopiques sont rapportées très en détail. La dure-mère cérébrale adhérail au crâne, mais sa face interne était lisse : la pie-mère du cerveau était un peu trouble en certains points, et peu épaisse, quoiqu'elle présentait en différents endroits des amas de noyaux et des adhérences à la substance cérébrale. La pie-mère de la moelle épinière, plus altérée, était épaisse au point de prendre l'aspect d'une couenne, et on trouvait de volumineuses hémorragies agoniques au-dessous de cette enveloppe de la moelle. Les vaisseaux de la pie-mère étaient volumineux et l'artère spinale antérieure présentait en particulier une endartérite très accentuée. Les circonvolutions cérébrales étaient atrophiques, surtout les circonvolutions frontales et centrales. Le microscope montrait une augmentation du nombre des noyaux dans toutes les couches de l'écorce cérébrale, surtout dans la première et la troisième couche. Les cellules ganglionnaires et les fibres médullaires montraient une dégénération secondaire.

On trouva encore dans l'écorce et les ganglions centraux, de petits foyers de ramollissement et des vaisseaux oblitérés, disséminés dans la substance céré-

brale. Les nerfs périphériques étaient sains, et cependant la moelle présentait une atrophie prononcée des cornes antérieures et des colonnes de Clarke et une dégénération diffuse, mais non systématisée, des cordons antérieurs, des zones limitantes et de la partie interne des cordons de Goll. Dans un cas de chorée chronique antérieurement examiné et publié par les auteurs ils ont trouvé les mêmes altérations que dans l'observation actuellement étudiée, sauf les petits foyers de ramollissement.

Passant en revue les diverses altérations trouvées dans les autopsies de chorée chronique progressive, ils font ressortir que ce qui domine dans l'anatomie pathologique de cette affection, c'est la fréquence des altérations diffuses, organiques, du système nerveux central. Il est bien difficile de distinguer les altérations secondaires des altérations primaires, étiologiques. Il est évident que les altérations qui causent les mouvements spécifiques de la chorée et donnent à cette affection son caractère de chronicité progressive, doivent être cherchées dans l'écorce cérébrale, et on les y a souvent trouvées : ces altérations sont surtout des lésions des vaisseaux, de la prolifération des noyaux, de l'envahissement cellulaire, de petites hémorragies, de l'hyperplasie de la névrogie, etc. Les lésions circonscrites et en foyer manquent souvent et l'encéphalite est dans la majorité des cas interstitielle. Les cellules ganglionnaires et les tubes nerveux sont moins atteints que les vaisseaux, la névrogie et le tissu cellulaire.

La théorie infectieuse du virus choréique, mise en avant pour les cas de chorée aiguë, n'est pas encore suffisamment établie pour la chorée chronique héréditaire. Il est impossible d'indiquer la cause des altérations fonctionnelles qui, en produisant des mouvements choréiques, donnent naissance à un tableau aussi typique que celui de la chorée progressive chronique. L. TOLLEMER.

14) Malformation des organes génitaux. Infantilisme et féminisme chez un épileptique, par P. C. J. VAN BRERO. Nouv. Iconogr. de la Salpatrie, n° 4, 1895.

Cette observation s'ajoute à celles qui ont été signalées par Bourneville et Sollier, Ch. Férey, etc. Les malformations génitales ne sont pas rares chez les épileptiques. Le sujet en question, javanais, âgé de 22 ans, est porteur d'organes génitaux hypertrophiés avec hypospadias et soudure des feuillets des bourses à la peau de la verge. Cette anomalie simule grossièrement l'hermaphrodisme. En outre, l'habitus extérieur du corps a conservé l'aspect infantile et se rapproche même par certains points de la conformation féminine; répartition de la graisse sur les hanches, les cuisses, les fesses et les membres suivant le type féminin ; bassin large, mamelles un peu saillantes.

Ce cas vient à l'appui de l'opinion que les syndromes morphologiques désignés sous le nom d'*Infantilisme* et de *Féminisme* sont reliés aux anomalies de développement des organes génitaux. HENRY MEIGE.

15) Un cas de sciopédie, par D'ARCY POWER. — British med. Journal, 21 septembre 1895.

L'auteur rapporte le cas et reproduit la photographie d'un enfant de 5 ans, dont les pieds et les jambes présentent un développement tout à fait anormal par rapport au reste du corps. Cette difformité est congénitale et symétrique. L'hypertrophie a débuté par la partie antérieure du pied ; le talon a augmenté de volume ensuite, puis la jambe.

L'auteur hésite à porter le diagnostic d'acromégalie ; il propose le terme de

sciopédie par analogie avec la conformation des pieds décrite par Mandeville chez certains indigènes des zones torrides.

HENRY MEIGE.

NEUROPATHOLOGIE

- 16) **Maladies du système nerveux**, clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, résumé de l'année 1894-1895, par LÉPINE. *Rivue de médecine*, n° 6.

Pseudo-méningite grippale. — Peintre-plâtrier, 19 ans ; 38°, délire loquace, contracture très prononcée de la nuque, mouvements imprimés à la tête douloureux, pupilles dilatées, photophobie, hyperesthésie généralisée, réflexes rotulien exagérés, ventre en bateau, respiration irrégulière ; pouls 100, petit, râle méningistique ; céphalalgie, vomissements. Le diagnostic était à faire avec encéphalopathie saturnine, méningite tuberculeuse. Le début brusque, en pleine santé, la discordance entre l'intensité du délire et l'atténuation des autres symptômes méningitiques, l'issue rapidement favorable ont établi la nature de l'affection. Il y a de vraies méningites grippales avec lésions caractéristiques prédominant à la convexité. Dans les cas de méningite où l'on ne trouve d'abord aucune lésion, il est bon d'examiner avec soin l'état des gaines des petits vaisseaux de l'en-céphale.

Epilepsie grippale. — La grippe a été la cause déterminante de crises épileptiques chez un enfant de 12 ans, sans tare. Ces crises ont guéri. Il y a tous les degrés entre l'épilepsie inguérissable et celle des gens qui n'ont, dans toute leur existence, qu'une ou deux attaques à l'occasion d'une cause quelconque (d'une blennorrhagie, comme Lépine l'a vu).

Syphilis cérébrale, hemiplegie droite, cécité verbale sans cécité littérale, pas d'hémioptie. — Cette éventualité assez rare (pas d'hémioptie) s'explique en supposant une lésion du pli courbe, à gauche, assez superficielle pour ne pas atteindre les fibres sous-jacentes qui se rendent du pulvinar à la corne occipitale.

Epilepsie jacksonienne terminée par la mort ; autopsie ; ancien abcès du lobe antérieur du cerveau. — D'après les commémoratifs, cet abcès remonterait à 10 ans. A cause de son peu de distance des zones motrices, il a produit l'épilepsie jacksonienne. On peut s'étonner de la gravité des crises ultimes alors qu'aucune lésion (macroscopique) du tissu intermédiaire entre la paroi kystique et les centres nerveux n'a pu être décelée. La trépanation, si elle eût été faite, n'eût pas mis à nu les lésions, car les symptômes eussent conduit à ouvrir le crâne trop en arrière. Toutefois, l'ouverture du crâne eût peut-être été utile. Tous les chirurgiens ne partagent pas l'opinion optimiste d'Horsley sur la trépanation ; on voit trop souvent des cas où une large ouverture du crâne n'a eu d'autre résultat qu'une hernie de substance cérébrale.

Singuliers troubles psychiques dans un cas de tumeurs des lobes frontaux. — Obtusion intellectuelle, céphalées sus-orbitaires, troubles de la marche par défaut d'équilibre, crises convulsives, coma avec déviation de la tête et des yeux à droite ; nouvelle attaque comateuse avec déviation conjuguée à gauche : amnésie, hémioptie gauche ; mort dans une nouvelle attaque comateuse. A l'autopsie, syphilome de la grosseur d'une noix à la partie antérieure du lobe frontal droit ; deuxième tumeur plus petite et plus jeune sur le lobe frontal gauche, dans la scission inter-hémisphérique, en avant du corps calleux.

Gomme des lobes frontaux. — Excitation cérébrale, idées ambitieuses, mémoire affaiblie, parole imparfaite, bizarries de caractère, céphalée nocturne ; convulsions cloniques des deux membres supérieurs ; mort dans le coma. Deux gommes

presque symétriques des lobes frontaux. En l'absence de lésion centrale macroskopique récente, la mort s'explique en partie par le peu de résistance des alcooliques obèses.

Apoplexie, hémorragie secondaire de l'estomac. — Malade amené à l'hôpital dans le coma. A l'autopsie, l'hémorragie stomachale expliquait suffisamment la mort. Mais la congestion pulmonaire fut cause qu'on ouvrit le crâne et constata une vaste hémorragie dans l'hémisphère droit. L'hémorragie cérébrale, primitive, a produit la congestion pulmonaire prédominant à gauche, et a été la cause occasionnelle de l'hémorragie gastrique au niveau d'ulcérations qu'on découvrit.

Paralysie corticale du pouce. — Fait qui vient confirmer l'existence d'une dissociation des mouvements des quatre derniers doigts d'une part, du pouce, de l'autre, dans certains cas d'hémiplégie.

Arthropathie tabétique du genou avec augmentation du volume de la rotule. Atrophie du droit antérieur de la cuisse. — Depuis huit ans, douleurs fulgurantes; après des douleurs plus vives que de coutume, le malade constate un matin, à sa grande surprise, que son genou est tuméfié; le genou aurait continué à grossir pendant trois mois, ce qui n'est pas ordinaire, puis il aurait encore grossi brusquement et « éclaté »; le genou, alors du volume d'une tête d'enfant, a peu à peu diminué depuis la tuméfaction (2 ans). A noter que pendant les dix-huit mois qui suivent, le malade n'a pas ressenti de douleurs fulgurantes; mais pendant cette période d'accalmie la partie antérieure de la cuisse s'est atrophiée.

Deux cas d'arthropathie tabétique de la hanche avec épanchement de synovie à distance. — La rupture de la synoviale est un fait acquis; ce qu'il y a de curieux dans ces deux cas, c'est que la synovie ait pu se collecter à distance de l'articulation; dans le premier cas le liquide a fusé sous le fascia lata, dans l'autre il a suivi la gaine du psoas jusque dans l'aine; comme l'une et l'autre tumeur ne manifestent aucune tendance à diminuer, il faut croire que l'hypersécrétion de la synovie continue, ou que sa résorption est fort limitée.

Troubles rasyo-moteurs dans la syringomyélie. — Malade de 24 ans; apparition depuis l'âge de 14 ans, à certains moments, de rougeur à la partie gauche du cou. Le malade ne transpire pas à gauche; la pilocarpine a permis de constater le fait; à la suite de l'injection de cette substance, on a vu une augmentation de volume du lobe droit de la thyroïde. Le malade avait remarqué déjà cette tuméfaction (à droite) chaque fois qu'il transpirait (à droite). Existence d'un dermographisme bien plus marqué à gauche qu'à droite.

FEINDEL.

17) Maladies familiales du système nerveux, par P. LONDE. *Annales de médecine*, n° 43, 44, 45, octobre et novembre 1895.

Les types morbides familiaux sont bien plus variés et moins bien définis que les types communs à l'espèce entière. Les maladies de famille sont comme des créations d'essai des maladies de l'espèce; elles deviendraient telles si les maladies organiques n'éteignaient pas la reproduction. Le type dégénératif s'éteint en vertu de la sélection naturelle. Le caractère familial, la *familialité* est une preuve certaine du rôle que joue l'hérédité en pathologie nerveuse. Pour les maladies familiales inorganiques le legs héréditaire est plus qu'une prédisposition, c'est un trouble fonctionnel; pour les maladies familiales organiques, c'est un arrêt de développement d'un système physiologique; il semble que cet arrêt de développement qui devient saillant, à un moment donné, a été préparé par un fonctionnement imparfait ou anormal dans les générations antérieures. L'auteur fait remarquer que le système moteur est celui qui est atteint dans ces

affecti
taire (c
moteur
anato
que «
des sy

18) Su

Fem
ictus
localis
Deux
était e
légers
côté,
troubl
Ils se

A l'
artéri
foyer
circon
2^e un
noyau
lentic

L'a
compl
cliniqu
l'exis

Part
tion c
plus
petit
sion.

19) I

me
Rū
An

On
vrai,
cuiss
tion e
de ce
a en
dente
ossifi
progr
écha

affections, et physiologiquement les classe en maladies du : *système moteur volontaire* (diphtéries); *système moteur cérébello-médullaire* (cas de Friedreich); *système moteur médullaire et périphérique* (atrophie musculaire). S'il n'y a pas de limite anatomique nette entre les diverses maladies familiales du système nerveux, c'est que « les systèmes anatomiques en pathologie nerveuse, n'ont pas l'importance des systèmes fonctionnels (Brissaud, Marie) ». FEINDEL.

18] Sur un trouble vaso-moteur unilatéral d'origine cérébrale, par le Dr KAISER (d'Altscherbitz). *Neurol. Centbl.*, 1895, n° 10, p. 457.

Femme, âgée de 69 ans, atteinte de démence sénile. Il y a 4 ans, plusieurs ictus répétés avec paralysies consécutives. A l'heure actuelle, pas de paralysies localisées, mais une grande faiblesse générale avec diminution des réflexes. Deux mois avant sa mort on a remarqué que du côté droit (sauf la tête), la peau était œdémateuse, mince, luisante, d'une couleur rouge foncée (livide); aux plus légers frottements, elle s'excire et donne des suffusions; la température de ce côté, prise sous l'aisselle, est de 0°,1 à 0°,5 plus élevée que du côté gauche. Ces troubles vaso-moteurs sont au maximum de leur expression à la main et au pied. Ils se maintiennent jusqu'à la mort de la malade.

A l'autoparie, on trouve, en dehors d'une atrophie généralisée du cerveau avec artéiosclérose, lésions caractéristiques de la démence sénile : 1^e Un ancien foyer de ramollissement, grand comme une pièce d'un franc, localisé dans la circonvolution supramarginale et s'enfonçant par sa pointe dans le ventricule; 2^e un autre foyer de date récente, linéaire, long d'un centimètre, au milieu du noyau caudé, gauche, et 3^e enfin un kyste de volume d'un pois, dans le noyau lenticulaire gauche.

L'auteur ne croit pas que le premier foyer, très ancien d'origine, puisse rendre compte des troubles relativement très tardifs, d'autant plus que ni l'observation clinique, ni surtout l'expérience physiologique ne permettent de conclure à l'existence de centres vaso-moteurs dans la circonvolution pariétale inférieure.

Par contre, des centres vaso-moteurs existent dans le noyau caudé, et l'observation de Puicciardi et Petrazzani est très démonstrative à cet égard. Il est donc plus logique d'admettre comme cause des troubles vaso-moteurs précités, le petit foyer du noyau caudé, où la lésion est de date récente et en voie d'extension.

A. RAICHLINE.

19] Des rapports de la myosite ossifiante avec les maladies de la moelle épinière (Ueber die Beziehungen zwischen Myositis ossificans und Rückenmarkskrankheiten), par HERMANN EICHHORST. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, Band 139, Heft 2, 1895.

On ne sait rien des causes de la myosite ossifiante : depuis longtemps, il est vrai, on a signalé la présence d'ostéomes musculaires dans les adducteurs de la cuisse, chez des cavaliers, dans le deltoïde, chez des fantassins, et cette production osseuse a été attribuée aux lésions musculaires consécutives au surmenage de ces muscles chez des individus présentant une prédisposition individuelle. On a en outre signalé la production de néoplasmes osseux à la suite de lésions accidentelles des muscles. Mais on ne sait pas pour quelle raison se produit cette ossification ; il en est de même pour une maladie bien définie, la *myosite ossifiante progressive* qui attaque successivement les divers muscles et dont la cause nous échappe totalement. Toutes les théories, maladie constitutionnelle, maladie rhumatismale, sont peu satisfaisantes. Nicoladoni a cependant considéré la myosite

ossifiante progressive comme une trophonérose analogue à l'atrophie musculaire progressive et à la paralysie pseudo-hypertrophique : le siège de la lésion serait dans la partie supérieure de la moelle.

Le but du travail du professeur Eichhorst est de montrer qu'en effet l'ossification musculaire peut se produire sous l'influence de lésions médullaires. Il s'appuie sur deux faits dont les observations sont rapportées tout au long. Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 14 ans, porteur d'une méningocele spinale lombaire. Il présentait un mal perforant à la base du gros orteil gauche et était, au moment de son entrée, atteint d'une forte fièvre. La température redevint normale au bout de sept jours et on constata, à ce moment-là, un gonflement douloureux des muscles du mollet avec rougeur de la peau. En quelques semaines ce gonflement disparut pour laisser place à une induration osseuse des muscles au-dessus du tendon d'Achille : on pouvait obtenir une crépitation osseuse en frottant les ostéomes les uns sur les autres. Ne peut-on, dans ce cas, voir un rapport de cause à effet entre l'affection spinale et l'ossification des muscles ?

La deuxième observation est celle d'un homme de 40 ans, tabétique, mort d'un phlegmon consécutif à un mal perforant du pied gauche ; ce malade était syphilitique et présentait des exostoses multiples. Il était atteint de myosite progressive ossifiante et sa moelle présentait une dégénération grise des cordons postérieurs.

Ces deux faits portent donc à penser qu'il peut y avoir quelque rapport entre l'ossification des muscles et les altérations médullaires.

Cette opinion est confirmée par le fait que chez ces deux malades on observait des lésions qui sont incontestablement des troubles trophiques, à savoir : des maux perforants du pied ; le deuxième présentait en outre des arthropathies tabétiques, altérations trophonérotiques par excellence. On peut objecter, il est vrai, que les observations du professeur Eichhorst diffèrent sensiblement des observations de myosite ossifiante progressive, dans lesquelles les muscles du tronc sont les premiers atteints. Mais ne s'agit-il pas là simplement d'une localisation d'un même processus à différentes hauteurs dans la moelle ?

Dans la myosite ossifiante progressive, la lésion siégerait plus haut que dans les faits rapportés dans ce mémoire. Resterait à savoir où siège la lésion de la moelle qui cause cette ossification.

L. TOLLEMER.

20) Un cas d'intoxication saturnine avec des symptômes très rares

(Ein Fall von Bleivergiftung mit ausserordentlich seltenen Symptomen), par W. JANOWSKI (de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, de Varsovie). *Neurol. Centralbl.*, 1895, n° 7, p. 300.

L'observation a trait à un ouvrier plombier, âgé de 27 ans. Il y a trois ans, paralysie radiale gauche, probablement saturnine. Entré à l'hôpital pour des coliques saturnines. On y constate l'existence d'une *paralysie faciale inférieure* du côté droit, *l'inégalité pupillaire* (la pupille droite est plus rétrécie et réagit peu à la lumière) et, pendant un jour, de l'*embryocardie* avec *arythmie* du pouls (pouls 200-210 à la minute et très petit). Ce sont là trois symptômes qu'il est très rare d'observer dans l'intoxication saturnine. Le dernier n'est même pas noté par les auteurs.

A. RAICHLIN.

21) Troubles trophiques dans l'intoxication oxy-carbonique aiguë,
par BARON. *Presse médicale*, 21 septembre 1895.

Des troubles nerveux de toute nature ont été constatés dans l'intoxication oxy-carbonique : troubles cérébraux, démence, glycosurie, hystérie, paralysies périphériques, troubles trophiques (Rendu, Verneuil).

La malade de l'observation, six jours après sa tentative de suicide, souffre dans la fesse et dans le talon où elle voit de grandes plaques rouges, puis noires, qui tombent après une huitaine de jours; actuellement elle porte au milieu de la fesse, à gauche une ouverture grande comme une pièce de 5 francs, communiquant avec une cavité purulente grande à y loger le poing, et au talon droit une surface fongueuse de 6 centim. de long et contournant la saillie. Autour de l'ulcération fessière est une zone d'anesthésie et d'analgesie d'une étendue variant entre 7 millim. et 6 centim.; une pareille zone, moins prononcée, existe autour du talon. La compagne de suicide de la malade aurait également eu une ulcération à la fesse. Les escharas se seraient produites au lieu du décubitus pendant l'asphyxie.

FEINDEL.

22) Quelques remarques sur la leucémie, par le Dr O. KOSE. *Casopis českych lékarů*, 1895, n° 20, 21.

En discutant la névralgie dans la symptomatologie de la maladie ci-dessus, l'auteur communique deux observations personnelles à cet égard.

Dans le premier cas il s'agissait d'une névrite du plexus brachial, et dans l'autre cas il s'agissait d'une névralgie dans le domaine du « peroneus ». Dans ce dernier cas, venu à l'autopsie, on a pu constater à l'examen microscopique une dégénérescence parenchymateuse du « peroneus ».

D'après l'auteur, ce sont les troubles nutritifs qui engendrent dans de pareils cas des névrites et des dégénérescences des nerfs.

HASKOVEC.

23) L'érythropsie, par VALUDE. *La Médecine moderne*, 1895, n° 90.

Les sujets atteints d'érythropsie ont été divisés en deux catégories : les aphaques et ceux dont les milieux oculaires sont normaux. Cette classification doit disparaître, les causes originelles étant les mêmes dans les deux cas; mais on peut distinguer l'érythropsie essentielle, celle qui survient en dehors de toute affection caractérisée aussi bien chez les aphaques que chez les non aphaques, et l'érythropsie symptomatique d'une maladie nerveuse telle que l'hystérie, l'épilepsie, les congestions des paralytiques généraux. Dans les deux cas il faut une excitation nerveuse pour la produire.

Cette excitation est-elle centrale ou périphérique ? Est-ce un phénomène psychique subjectif comme le pensait Charcot, ou bien tout se passe-t-il dans la rétine et n'est-on en présence que du fait physiologique du contraste simultané des couleurs (Szili) ?

L'auteur pense, avec Fétré (*Les épilepsies et les épileptiques et Pathologie des émotions*), que l'érythropsie est l'expression d'une excitation portée sur un des points quelconques du système nerveux soit général, soit spécial, et ses conditions d'origine sont, par leur nature même, infiniment variées.

GASTON BRESSON.

- 24) Recherches expérimentales sur l'état de l'intelligence pendant le vertige. Le vertige considéré comme un auxiliaire de l'hypnotisme et de la narcose** (Experimental researches regarding the state of mind in Vertigo. Vertigo as an aid to hypnotism and narcosis), par CORNING. *The New-York medical Journal*, 7 septembre 1895, p. 289.

L'auteur a fait construire un appareil destiné à déterminer le vertige chez l'homme et qui inscrit en même temps les phénomènes que présentent un individu atteint de vertige provoqué. Dans le vertige le plus léger, l'état de la conscience est toujours modifié. Cette modification est en rapport direct avec l'état du vertige. Bien que les causes déterminantes du vertige soient multiples, elles ont toutes de commun ce fait, qu'elles agissent toujours sur l'écorce cérébrale par voie directe ou indirecte (réflexe) et déterminent l'altération de la conscience. L'état d'instabilité physique qu'engendre le vertige, favorise la production de l'hypnose. Une personne en état de vertige est excessivement sensible à l'influence du protoxyde d'azote, de l'éther et d'autres anesthésiques.

G. MARINESCO.

PSYCHIATRIE

- 25) Paralysie générale et folie sensorielle** (Paralisi progressiva e frenosi sensoria), par le professeur BIANCHI. Napoli, typografia Aurelio Tocco, 1895.

Ce sont 9 leçons sur les deux maladies, 6 sur la paralysie progressive, 3 sur la frénésie sensorielle. Étiologie, symptomatologie, anatomie pathologique, physiopathologie, traitement de la première ; pour la seconde, l'étude commence par les hallucinations et les illusions, poursuit l'étude du délire, de l'agitation motrice, de la confusion mentale, et se termine par quelques indications sur le pronostic et sur le traitement.

CAINER.

- 26) Quelques pesées de cerveaux de l'asile d'Aarhus** (Nogle Hjernevæjninger fra Aarhus Asylet), par C. GEILL. *Bibliothek for Laeger*, 1895, p. 394.

Dans l'espace de temps de 1852 à 1895 on a fait à l'asile d'Aarhus, en tout 852 pesées de cerveaux utilisables, 500 chez des hommes et 352 chez des femmes. Chez les hommes le poids moyen était de 1,368 gr. 3, chez les femmes 1,238 gr. 4. Chez les hommes au-dessous de 60 ans, le poids moyen était de 1,375 gr. ; chez les hommes au-dessus de 60 ans, 1,335 gr. Chez les hommes aliénés, non parétiques, dont la maladie durait moins de 2 ans, le poids moyen était de 1,446 gr. 9; chez les individus dont la maladie durait plus de deux ans, 1,375 gr. ; chez les hommes aliénés non parétiques en général la moyenne était de 1,395 gr. ; chez les parétiques masculins, de 1,286 gr. 9. Chez les femmes au-dessous de 60 ans, la moyenne était de 1,257 gr. ; chez les femmes au-dessus de 60 ans, de 1,187 gr. Chez les femmes aliénées, non parétiques, dont la maladie durait moins de deux ans, la moyenne était de 1,287 gr. ; chez celles dont la maladie durait plus de deux ans, 1,215 gr. 9; chez les femmes aliénées, non parétiques, en général la moyenne était de 1,243 gr. ; chez les parétiques féminines de 1,153 gr. 9. La méthode dont on s'est servi a toujours été la suivante :

Peser le cerveau avec la pie-mère et avant sa perforation, après avoir fait écouler autant que possible les humeurs contenues dans les ventricules et les méninges.

A la fin, l'auteur compare ses résultats à ceux auxquels sont arrivés Hejberg et Meyer à l'aide des matériaux de l'hôpital Saint-Jean. Comme on pouvait l'attendre d'après la méthode appliquée, les ventricules latéraux perforés et vidés de leur contenu, l'humeur séreuse ayant eu le temps de s'écouler (pendant dix minutes tout au plus) — ces derniers étaient un peu plus bas que ceux de l'auteur, voire : 50 grammes pour les hommes et 60 grammes pour les femmes.

P. D. Koch.

27) **Sur un cas de compression chronique peu intense, de la moelle allongée, et de la moelle cervicale supérieure, produite par l'apophyse odontoïde chez un paranoaque, et contribution à l'étude du développement d'idées délirantes par allégorisation de sensations réelles.** (Ueber einen Fall von geringgradiger chronischer Compression....., etc), par VORSTER (Stephansfeld). *Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, f. 2, 1895.

Mal de Pott cervical guéri, n'ayant donné lieu qu'à de légers symptômes sensitifs ; aucun symptôme moteur.

A l'autopsie, léger aplatissement du bulbe par l'apophyse odontoïde hypertrophiée. Sur une étendue de 3 à 4 millimètres, on constate les lésions suivantes qui sont diffuses.

A côté de fibres saines, d'autres fibres ont leur cylindre-axe tuméfié, entouré seulement d'un mince anneau de myéline, ou sans myéline. Par le carmin, la myéline se colore très fortement et se distingue mal des cylindres-axes ; par la méthode de Weigert, elle reste souvent incolore ou se montre très réduite. Ailleurs les fibres à myéline ont disparu, d'où un aspect lacunaire de la coupe ; ça et là, vastes lacunes évidemment dues à l'atrophie du réseau névroglial lui-même ; entre les fibres, nombreux amas de granulations. Les vaisseaux et les espaces lymphatiques sont dilatés, mais il n'y a aucune lésion du tissu interstitiel, ni de la pie-mère, ni de l'épendyme. Quelques cellules pyramidales sont atrophiées.

Il n'y a en cette région aucune trace d'un processus inflammatoire ; la lésion ne se prolonge pas vers la protubérance ; son aspect histologique répond bien à la description des lésions obtenues par Kahler, etc., dans les expériences de compression expérimentale.

Au-dessous du point comprimé on voit les lésions s'effacer, mais il en apparaît d'un autre ordre. Les vaisseaux sont épaisse, infiltrés de noyaux, la pie-mère est épaisse, il y a prolifération du tissu interstitiel, les racines postérieures sont étranglées dans une gangue conjonctive ; enfin il y a des lésions diffuses du parenchyme nerveux (hypertrophie, atrophie des cylindres-axes, disparition de la myéline, atrophie cellulaire) ; dans les cordons postérieurs on ne rencontre que de rares fibres normales. Ces lésions, qui ont leur maximum au niveau de la deuxième paire cervicale, s'atténuent vite, et dans la moelle cervicale inférieure il n'en reste pas trace.

L'auteur considère les lésions bulbaires comme d'origine compressive, les lésions médullaires comme d'origine inflammatoire.

Il ajoute quelques remarques sur la réalité des sensations douloureuses dues à la lésion radiculaire, sensations que la mala faisait rentrer dans son délire allégorisant (Allegorisiren). — 2 figures.

Trénel.

- 28) **De la pathologie de la confusion hallucinatoire aiguë** (Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verwirrenheit), par OSEYER (Strasbourg). *Archiv. für Psychiatrie*, t. XXVII, fasc. 1, 1895.

Après une revue des travaux allemands, les travaux français et autres sont absolument passés sous silence. Oseyer montre combien peu concordent les opinions des auteurs sur l'aspect clinique de cette affection, sa nature, sa définition psycho-physiologique. S'appuyant sur les théories de Wundt et se conformant à peu de choses près à son vocabulaire, il établit le schéma suivant : une sensation devient représentation (Vorstellung) en C (zone corticale sensorielle) par fusion associative (associative Verschmelzung) de la sensation actuelle et des images mnémoniques de sensations antérieures ; la représentation devient perception (Begriff) en D, zone corticale du lobe frontal ; enfin une impulsion volontaire lui succède en E (zone corticale motrice). Le trouble fondamental « qui se rencontre dans tous les cas de confusion hallucinatoire est un trouble formel dans la transformation des représentations » dû à une lésion des centres sensoriels. Le centre des perceptions restant solide, le malade y percevant des représentations anormales est désorienté ; tout lui paraît changé, étrange, d'où malaise et anxiété avec, soit agitation, soit immobilité. « Il n'y a que des modifications d'humeur et pas d'idées délirantes. »

Quand à l'épuisement des cellules, qui est l'altération presque toujours en cause ici, s'ajoute l'irritabilité exagérée, apparaissent alors des illusions et hallucinations, et la confusion augmente. Le centre des impulsions motrices volontaires étant inaltéré, le malade a des réactions motrices en rapport avec ses fausses perceptions. Enfin l'irritabilité disparaît et le malade tombe d'une façon transitoire dans la stupeur pour entrer ensuite en convalescence. Si le centre des impulsions volontaires est lui-même atteint, il peut y avoir une agitation motrice énorme ; enfin si le centre supérieur des perceptions est pris, apparaît le délire de collapsus.

Au point de vue de la classification l'auteur avec Meynert et Schüle sépare absolument la confusion mentale de la paranoïa à cause de l'absence d'idées délirantes et repousse la théorie de Ziehen qui fait de la confusion hallucinatoire une « paranoïa dissociative ». TRÉNEL.

- 29) **Contribution clinique à l'étude des idées obsédantes et des états psychiques voisins** (Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten psychischen Zuständen), par THOMSEN (Bonn). *Archiv für Psychiatrie*, t. XXVII, f. 2, 1895.

Les obsessions pures au sens de Westphal, constituent une maladie spéciale et loin de faire partie d'une psychopathie quelconque, elles en excluent au contraire la coexistence, à de rares exceptions près, qui ne portent nul préjudice au classement nosologique des cas purs. L'auteur fait le procès des auteurs français qui considèrent les phénomènes de ce genre comme fonction de dégénérescence mentale.

Le terme d'idées obsédantes ne lui semble pas assez compréhensif, il propose le terme générique de processus obsédants (Zwangsvorgänge) pour désigner : a) les idées obsédantes, b) les sensations obsédantes, c) les actes obsédants (lesquels sont rarement primitifs, purement moteurs, et le plus souvent secondaires aux précédentes obsessions et comprennent les mouvements impulsifs, la coprolalie, l'écholalie, l'échokinésie, les tics convulsifs), d) les phénomènes psychiques d'arrêt de nature obsédante, le plus souvent secondaires, rarement primaires ;

tous ces phénomènes s'accompagnent des symptômes somatiques de l'angoisse, etc., classiquement décrits. Tous ces phénomènes isolés ou simultanés peuvent procéder par accès ; ils constituent la forme idiopathique des processus d'obsession ; il existe une seconde forme de processus d'obsession deutéropathique, de caractère spécifique naissant sur un terrain neurasthénique, etc. Dans cette seconde forme, Thomsen fait rentrer les phobies et tous les phénomènes décrits dans la forme idiopathique, mais survenant ici comme symptômes au cours d'hystérie, de neurasthénie, etc. Il y a là des distinctions qui paraîtront peut-être subtiles.

Sept observations intéressantes, très typiques, entre autres : observation d'une femme ayant depuis l'enfance des idées de mort, idée fixe, absolument isolée dans un esprit d'ailleurs valide (observation 7). — Historique.

- 30) **Sur la variété psychomotrice de la paranoïa (type Séglas)**, par le Dr K. KÜFFNER. *Casopis českých lékáru*, 1895, n° 22, 25.

L'auteur communique 6 cas typiques du *paranoïa* appartenant au type qui a été décrit par M. Séglas sous le nom *Variété psychomotrice du délire des persécutions systématiques*.
HASKOVEC.

- 31) **Critériums scientifiques et juridiques des idées fixes** (Sui criteri scientifici e giuridici delle idee fisse), par SALEM PACE. *Il Pisani*, 1895, fasc. I.

Leçon de psychiatrie pour le barreau. L'auteur décrit quelques cas, rappelle la classification d'Esquirol (idées fixes simples, idées fixes avec émotivité exagérée, idées fixes automatiques) et les travaux de Buccola, Tamburini, Ribot. La dégénération des individus atteints d'idées fixes est reconnue par tous.
CAINER.

- 32) **Épilepsie psychique** (Un caso di epilessia psichica), par CAPPELLETTI. *Bulletino del manicomio provinciale di Ferrara*, n° 1, 2, 1895.

A. S..., atteint d'idées de persécution qui le rendent dangereux, entre au Manicomio en mars 1895. Là il se montre bon, docile, jusqu'à la fin du même mois. Le 30, se trouvant dans une cour, il s'élançait sans raison sur un marronnier, en un instant atteint la cime et y reste pendant deux heures, hagard, farouche, le visage pâle, menaçant de mort quiconque s'approchait et n'écoutant personne. Finalement, il se calme, descend, pâle, fatigué, anxieux. Il conserve la mémoire complète du fait. C'est un cas d'épilepsie psychique, comme le montrent la rapidité du début, la brutalité, la véhémence, la féroce de l'acte, l'absence de toute logique finale et les convulsions épileptiques que présente le sujet pendant son enfance et son adolescence. L'auteur termine par des considérations médico-légales et compare ce cas à d'autres de néfaste mémoire.
CAINER.

- 33) **La salive parotidienne des lypémaniaques** (La saliva parotidea dei lipemaniaci), par DOTTO. *Il Pisani*, 1895, fasc. I, II.

L'auteur a entrepris ses recherches sur deux malades atteints de lypémanie avec stupeur ; il a vu que la salive parotidienne présente, comme chez les gens sains d'esprit, une réaction acide ; que le degré d'acidité oscille entre les mêmes limites ; que la courbe journalière du degré d'acidité est normale, et que la sécrétion salivaire était plus active chez les deux lypémaniaques que chez les

gens sains. Les expériences font attribuer l'acidité à la présence d'un acide non volatil ou à un sel acide tel que le phosphate acide de soude. CAINER.

34) Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales, par PAUL LEMAITRE. Thèse de Paris, 1895.

Les états cataleptiques qui surviennent dans le cours des maladies mentales sont, dans la grande majorité des cas, indépendants de l'hystérie; ils sont sous la dépendance d'un certain état psychique et n'ont que la valeur d'un symptôme. — Ils sont caractérisés par la lenteur, la gradation de leur invasion et de leur terminaison, leur longue durée. Leur marche est rémittente; ils sont le plus souvent incomplets, partiels. Ils coexistent avec une augmentation de la tension musculaire, avec un affaiblissement de l'activité psycho-motrice volontaire. Ils paraissent dus à des troubles de la perception qui affaiblissent la sensation de fatigue et laissent persister l'excitation de l'image motrice communiquée. Ils peuvent se développer dans la plupart des maladies mentales. Dans l'épilepsie, ils peuvent précéder ou suivre l'attaque, et se relient, soit à un délire transitoire, soit à l'épuisement cérébral consécutif aux crises. Certaines attaques de catalepsie simple ressemblent absolument à l'épilepsie larvée. Lorsque l'hystérie coexiste avec une psychose, elle peut produire, au cours de celle-ci, des catalepsies hystériques typiques. La catatonie de Kahlbaum n'existe pas. L'état psychique est la cause directe des états cataleptiques. Ceux-ci peuvent être simulés par un aliéné qui obéit à son délire, et par un individu non aliéné; dans ces cas la courbe myographique, les tracés du pouls et de la respiration pourront dévoiler la simulation.

FEINDEL.

35) De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme, par MUSCER. Th. Lille, 1895.

Comme tous les troubles pathologiques du système génital de la femme, les traumatismes opératoires de cette région peuvent être le point de départ de troubles psychiques et d'aliénation mentale. Le rôle du traumatisme dans la production de ces psychoses ne va pas au delà de celui de cause déterminante, la cause réelle et première étant les prédispositions héréditaires et personnelles de la malade vis-à-vis de la folie. Par rapport à l'opération, le début des troubles psychiques est des plus variables; tantôt il survient si tôt après l'intervention chirurgicale, tantôt, au contraire, longtemps après, alors même que la malade est complètement guérie de l'affection qui l'avait provoquée. Dans la psychose consécutive à ces traumatismes on rencontre toutes les formes vésaniques de la folie, mais particulièrement la forme mélancolique avec délire hypochondriaque et idées de suicide. Parfois les troubles sont légers et de courte durée; mais on rencontre des cas où ils persistent et où l'aliénation mentale devient chronique; de toutes les formes de folie post-opératoire, celle qui a pour origine les traumatismes des organes génitaux et surtout l'ovaire est indubitablement la plus fréquente.

En somme, le chirurgien doit, avant de faire une opération génitale, s'assurer que la malade ne présente pas d'antécédents mentaux héréditaires ou personnels.

CHIPAULT.

36) Les buveurs d'habitude, par MAGNAN et SÉRIEUX. *La Médecine moderne*, 1895, n° 95.

Les buveurs d'habitude ont été considérés à tort non comme des malades mais

comme des délinquants, et la loi, qui les punit, en fait souvent des criminels par contact dans les prisons. De même que les pénalités tous les traitements ont été impuissants ; cependant, pris à temps, et maintenu dans certaines conditions, le buveur peut guérir, si l'on se conforme aux trois indications suivantes :

1^e *Abstinence de toute boisson contenant de l'alcool même en faible proportion.* — Cette abstinence doit être complète, et l'échec éprouvé jusqu'ici dans cette voie tient à ce que l'on conseille généralement au buveur non de rompre totalement avec ses habitudes, mais de se modérer ; on substitue souvent ainsi l'intoxication chronique à l'intoxication aiguë. L'isolement doit être ordonné et l'alcool totalement et brusquement supprimé ; les malades s'habituent vite à ce nouveau régime, en 15 jours environ ; l'appétit revient rapidement. Le régime et l'hygiène des asiles d'aliénés ne conviennent pas aux alcoolisés ; ils y sont en détention et non en traitement : on supprime en les y enfermant un danger pour la société, danger qui renait le jour où le malade est mis en liberté.

2^e *Travail.* — Pendant son isolement l'alcoolique doit être astreint à des travaux musculaires qui amènent la régénération physique. Libre, le travail lui fait oublier ses habitudes d'intempérance.

3^e *Réforme morale.* — Ceci est peut-être le point le plus important du traitement. Le proverbe « qui a bu boira » est trop souvent vrai si le deshabitué de l'alcool, convaincu de l'inutilité et du danger de cette boisson, ne possède pas une force morale suffisante pour résister à la tentation. Il doit puiser une partie de cette force dans son entourage ; on persuadera sa famille, on éloignera le malade de toute cause de rechute, on l'affiliera à des sociétés de tempérance, il devra s'engager sur l'honneur à ne plus boire. A ceci se rattachent les conseils à donner aux enfants et aux jeunes gens.

Enfin, si les habitudes d'éthylique sont greffées sur une diathèse, on traitera celle-ci pour qu'elle ne ramène pas un besoin d'alcool. Les auteurs recommandent aux médecins de se méfier des préparations alcooliques dans leurs ordonnances.

GASTON BRESSON.

37) **L'ivresse érotique**, par Ch. Fénié. *Revue de médecine*, 1895, n° 7.

Deux épisodes caractérisent l'état morbide de M... Les tentatives de rapports sexuels qui suivent une période de repos aboutissent constamment à un état d'ivresse qui commence à se manifester peu de temps après que l'érection est devenue complète. L'exaltation générale, physique et psychique, domine rapidement la scène, l'exaltation sexuelle tombe. En général, il s'agit d'une ivresse gaie. Mais si M... éprouve de la résistance, il devient furieux, brise et frappe. L'explosion se termine par des nausées ou le vomissement. Si les tentatives ont lieu le lendemain de la scène précédente ou à la suite d'une fatigue, les rapports peuvent s'accomplir normalement ; plus souvent, si l'orgasme tarde à se produire, il survient une excitation pénible qui confine à la rage suivant que la décharge nerveuse tarde plus ou moins ; dans ces actes de fureur M... a plusieurs fois blessé les femmes. Les troubles que présente ce malade ne sont pas une perversion sexuelle ; jamais la satisfaction n'est liée aux actes de violence. Ils proviennent plutôt d'une faiblesse congénitale du système nerveux. L'état pénible d'impatience qui provoque des réactions de colère pourrait être rapproché de l'épilepsie ; il n'y a pas lieu d'être surpris que l'excitation génitale produise une ivresse comparable aux ivresses mécaniques ou morales chez un individu souffrant de faiblesse irritable du système nerveux.

FEINDEL.

- 38) **Sur les délires des alcooliques et sur les hallucinations visuelles provoquées artificiellement chez eux** (Ueber die Delirien der Alkoholisten und... etc.), par LIEPMANN (Berlin). *Archiv für Psychiatrie u. Nervenkr.*, XXVIII, 1895.

Pour l'auteur, l'anxiété est le symptôme primordial du délire alcoolique ; ce qui le prouve le mieux ce sont les cas abortifs où l'anxiété existe seule, inexplicable pour le malade. Les troubles sensoriels, où prédominent de beaucoup les illusions de la vue, ne sont que secondaires. Des illusions, au début de la maladie, sont reconnues comme telles, puis prennent plus ou moins rapidement un caractère de réalité pour le malade. Enfin toutes ces fausses perceptions sont dues à des excitations par trouble de l'accommodation, ou lésion du fond de l'œil. Ce qui le prouve c'est que la simple compression du globe oculaire, qui normalement donne lieu aux images de Purkinje, produit chez l'alcoolique, non plus ces sensations simples, mais des visions compliquées. La zoopisie est bien moins fréquente, dans ces expériences, que dans les hallucinations spontanées : les malades voient surtout des objets inanimés, des personnages et très fréquemment (18 cas sur 40) des lettres, des chiffres, des mots, des phrases sans aucun sens en général. Ces hallucinations artificielles n'ont pas de caractère angoissant, elles ont pu être produites chez des alcooliques qui n'avaient pas d'hallucinations spontanées.

TRÉNEL.

- 39) **Un médecin morphinomane**, par DEBOVE. *La Méd. mod.*, 1895, n° 49.

M. Debove commence par avouer que bon nombre de médecins sont des morphinomanes ; puis il donne une observation qui prouve une fois de plus qu'il est très difficile de se guérir complètement de la morphinomanie, même lorsqu'on en connaît les effets nuisibles et lorsqu'on est doué d'une grande force de caractère.

Le médecin dont il s'agit s'est fait, depuis 1877, plus de vingt mille piqûres ; il a débuté par un centigr. et prend maintenant 1 gr. 15 par jour de morphine. Il a eu le courage de cesser quatre fois, quatre fois il a recommandé, soit pour endormir des douleurs, soit pour oublier des ennuis. C'est un névropathe. Il présente au doigt une callosité due à l'usage de la seringue de Pravaz.

Un moment il a essayé de substituer à la morphine la cocaine et la strychnine, mais il reconnaît que s'il existe un traitement efficace, c'est la suppression du poison.

GASTON BRESSON.

THÉRAPEUTIQUE

- 40) **Note sur l'emploi du chloralose**, par le Dr THOMAS. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 juillet 1895, p. 375,

Vingt et une observations personnelles, dont plus de la moitié relatives à des tuberculeux, ont donné chez ces derniers surtout d'assez bons résultats. Deux cas de tabes ont vu la cessation de leurs douleurs fulgurantes et de l'insomnie par des doses variant de 10 à 25 centigr. prises le soir. Dans le second cas les douleurs reprenaient pendant le jour. [Les observations sont très écourtées et parfois peu concluantes.]

P. LADAME.

- 41) **Intoxication par le chloralose**, par le Dr V. HERZEN à Mazagan (Maroc). *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 juin 1895, p. 341.

Collapsus grave une heure après l'ingestion d'un cachet de 20 centigr. de chloralose chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire. Injection d'éther. Disparition des symptômes alarmants au bout de quatre heures. P. LADAME.

42) C

L'a
vésan
fâche
Fér
média
ils so
excite
tage

43) E

T
niqu
fond
sier
Le
tion
3
vén
en
fou

(D
for
un

du
pa
co

4

42) Contribution à l'étude de l'action hypnotique du chloralose, par MARANDON DE MONTYEL. *Revue de médecine*, 1895, n° 5.

L'auteur se base sur 58 faits pour condamner l'emploi du chloralose dans les vésanies, la paralysie générale, la démence sénile (rapide accoutumance, influence fâcheuse sur la moelle) et pour le recommander dans l'épilepsie. L'année dernière, Férey a signalé les bons effets rendus dans son service d'épileptiques par ce médicament. Les épileptiques sont très sensibles au chloralose : si d'une part, ils sont exposés à ses inconvénients (malaise au réveil, impressionnabilité, hyper-excitabilité musculaire), par compensation ils profitent largement de ses avantages.

FEINDEL.

43) Sur le sulfonal, le trional et le tétronal (Ueber Sulfonal....), par HERTING. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LI, fasc. 1, 1894.

Trois cas d'intoxication par le sulfonal (malades atteints de paranoïa chronique) : faiblesse dans les membres inférieurs, hébétude, bégaiement, coloration foncée des urines, qui peuvent rester des semaines exposées à l'air sans se putréfier. L'examen spectroscopique montre qu'il ne s'agit pas d'hématoporphyrinurie. Le sulfonal avait été donné pendant six à quatorze mois presque sans interruption, à la dose de 2 gr. au plus.

34 autres malades prirent des doses, moindres il est vrai, sans aucun inconvénient, l'un d'eux en particulier (excitation chronique intense) en prit 893 gr. en 971 jours avec quelques interruptions. Dans un seul cas il y eut coloration foncée des urines, mais non la couleur d'un brun rouge bleuâtre caractéristique.

L'auteur n'admet pas que l'usage prolongé du sulfonal amène la démence (Dehio); du moins plusieurs de ses malades guérissent, et chez les autres le sulfonal n'eut pas d'action sur la marche de l'affection, du reste chronique. — Dans un cas suivi de mort l'autopsie fut négative.

Un cas d'intoxication à la suite de l'action combinée du trional, du tétronal et du sulfonal, suivi de mort; les doses n'avaient pas dépassé un gramme et n'avaient pas été données journalièrement. Comme symptôme particulier l'auteur note une coloration livide des ongles.

TRÉNEL.

44) Un empoisonnement par le sulfonal, par le Dr Wyss. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 15 mai 1895, p. 303.

F..., 24 ans, névropathe, qui offre des troubles nerveux prolongés, sommeil profond pendant plusieurs jours, crises convulsives violentes, loquacité et cris, avec hyperexcitabilité du creux de l'estomac. Tous ces symptômes, qui durèrent plusieurs semaines, pourraient tout aussi bien s'expliquer par un accès de léthargie hystérique plutôt que par l'intoxication par le sulfonal, comme le Dr Haffter le fait remarquer.

P. LADAME.

45) La chirurgie du cerveau, par DOYEN (de Reims). *La Médecine moderne*, 1895, n° 89.

Les localisations cérébrales ne sont pas assez précises pour autoriser dans la plupart des cas une opération avec beaucoup de chances de succès, et la méthode du trépan est insuffisante pour permettre d'explorer largement l'encéphale. Cette exploration ne présente d'ailleurs pas grand danger et l'auteur conseille

(1) Voir *Revue neurologique*, 1895, p. 417.

d'ouvrir le crâne comme on ouvre l'abdomen et d'explorer au besoin, le bistouri en main, un hémisphère cérébral d'une extrémité à l'autre. Lorsqu'il n'y a aucune localisation précise on peut opérer des deux côtés dans une même séance.

La craniectomy à lambeau de Wagner ne donne pas d'ouverture assez large, et Doyen préconise l'emploi de fraises d'un modèle spécial à l'aide desquelles il perfore le crâne en cinq ou six points, au-dessus du sinus latéral, en dehors du sinus longitudinal supérieur et en bas de la fosse temporaire ; puis il sectionne les ponts osseux intermédiaires avec une pince emporte-pièce et des mortaises dentées. Mais, comme il se produit toujours une perte de substance, il ménage vers le bregma une ou deux travées osseuses qu'il taille en biseau.

Trois fois Doyen s'est trouvé en présence d'une lésion particulière :

Chez un enfant atteint de syphilis héréditaire cérébrale le cerveau était atrophié et entouré d'une gelée tremblante de 20 millim. d'épaisseur.

Chez un autre syphilitique avec crises épileptiformes-rebelles et progressives, entre le sillon de Rolando et l'extrémité du lobe frontal on voyait une plaque de gelée incolore épaisse de 6 à 8 millim. due à un véritable œdème de la pie-mère.

La même gelée fut rencontrée, mais légèrement rosée, chez un enfant comateux, avec atrophie du cerveau.

L'auteur croit que ces cas ont été confondus avec l'hydrocéphalie externe, car à l'autopsie on trouve le cerveau entouré de liquide, celui-ci ayant quitté les mailles cellulaires qui l'emprisonnaient pendant la vie. GASTON BRESSON.

46) Epilepsie traumatique, non jaksonienne, par compression de la région temporo-pariétielle. Indications de la trépanation (*Epilepsia traumatica, non Jacksoniana, per compressionem existente nella regione squamo-parietale. Indicazioni della trapanazione*), par MORSSELLI. *Riforma medica*, 1895, vol. 11, n° 36.

A P..., 34 ans, à la suite d'une chute, porte une large blessure à la région squamo-pariétielle droite, avec enfoncement osseux. Guéri de la plaie, il reste sujet à des attaques convulsives, de nature épileptique. L'aire cérébrale comprimée appartient à la zone dite *muette*; l'épilepsie provient du retentissement du large enfoncement en des points plus éloignés, dont l'irritation produit les décharges. La trépanation est indiquée à cause de l'origine traumatique de la lésion, de l'aggravation progressive, de l'épuisement du sujet et de l'inefficacité de la médication bromurée.

CAINER.

47) Ostéoplastie pour hernie cérébrale (*Osteoplasty for relief of symptoms consequent upon hernia of the brain resulting from fracture of the skull with loss of bone*), par H. CARTER. *New-York medical Record*, 1895, I, p. 398.

Homme de 32 ans, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, eut, le 27 juillet 1893, une fracture déprimée de la partie antérieure gauche du frontal; les fragments furent enlevés. Tout alla bien, il put reprendre son métier de jockey, et c'est seulement huit mois après l'accident qu'il eut des attaques épileptiformes, précédées d'une sensation de sécheresse des narines et accompagnées de perte de connaissance, de morsures de la langue et de mouvements convulsifs des membres supérieurs. On constata que la cicatrice était solide; au-dessous d'elle on sentait battre le cerveau; il est probable que l'excitation et les violents exercices, en le congestionnant, le comprimaient contre le rebord osseux. Une double

incision
la droite
convexe
et le di-
cile r-
lune g-
détaché
extern-
au-des-
enir cl-
cicatri-
nécess-
Huit s-
de su-

48) D

Obs-
sur la-
jours-
gauch-
du bu-
la du-
dépri-
ment

H.
mati-
surv-
la m-
malad-
ains

49) I
tr
n'

O
lésio-
n'ap-
mot-
arri-
exa-
rés-
acc-
pen-
pu-
bie-
pas

incision demi-circulaire fut faite, la demi-lune gauche cernant le tissu cicatriciel, la droite le segment osseux limité par les sutures sagittale et coronale. La convexité de la première était antérieure ; la convexité de la seconde, postérieure, et le diamètre de chacune d'environ deux pouces et demi. La couche cicatricielle recouvrant la ligne cérébrale fut détachée, puis, sur l'étendue de la demi-lune gauche, une pièce formée du cuir chevelu et de la table externe de l'os détachée à l'aide d'un ciseau introduit dans le diploë ; ce lambeau de table externe ainsi soulevé fut conservé complet sauf une petite fissure ; en le transportant au-dessus de la perte de substance, il fut très difficile de ne pas le détacher du cuir chevelu ; la surface dénudée par son ablation fut recouverte avec le tissu cicatriciel. Les plaies se réunirent par première intention : il fut seulement nécessaire de faire une petite greffe cutanée de la grandeur d'un quart de dollar. Huit semaines plus tard, la réunion osseuse est encore incomplète, mais la perte de substance est recouverte, sans dépression ni saillie. Il n'y a plus eu d'attaques.

CHIPAULT.

48) Des lésions obscures du cerveau et leur traitement, par H. T. BUTLIN.
La Médecine moderne, 1895, n° 91.

OBSERVATION. — Un très léger traumatisme à la partie postérieure du crâne, sur la ligne médiane, provoque un peu de somnolence et d'irritabilité. Quatre jours après éclatent de fréquents accès convulsifs laissant une légère parésie gauche. On applique le trépan à droite, à la jonction du centre facial et du centre du bras sur la fissure de Rolando et l'on trouve un tout petit caillot de sang sous la dure-mère, et, entre l'arachnoïde et la pie-mère, une collection de liquide clair déprimant la substance cérébrale. Drainage et suppression des accès. L'état mental reste mauvais pendant un mois au bout duquel la guérison est complète.

H. T. Butlin fait ressortir le peu de relation qui existe entre le siège du traumatisme et celui de la lésion. Il fait remarquer aussi que souvent l'épilepsie survient après une lésion banale de la tête et que peut-être alors la cause en est la même que dans le cas précédent. Enfin il se demande ce que deviendrait son malade s'il n'avait été opéré ; pour lui, bien des kystes du cerveau débutent ainsi : une opération faite le plus tôt possible est donc indiquée.

GASTON BRESSON.

49) De quelques difficultés que peut présenter le choix du point de trépanation, par CASSAËT. *Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1895, n° 9.

On peut être amené à appliquer la couronne de trépan fort loin du siège de la lésion, si celle-ci s'est développée dans une zone silencieuse. Les symptômes n'apparaissant que lorsque la diffusion de l'excitation gagne les zones psychomotrices, on ne saurait dire si la lésion est sur cette zone, en avant d'elle ou en arrière. Cette diffusion de l'excitation corticale est cause que la trépanation, très exactement faite cependant au point de vue physiologique, n'amène pas tous les résultats désirés. L'auteur a observé une malade de cet ordre, chez laquelle des accidents épileptiformes d'une rare intensité et des phénomènes paralytiques persistèrent en partie malgré la trépanation. Celle-ci a porté au point voulu puisque les accidents épileptiformes disparurent quatre jours après l'intervention bien que le jour de l'opération il y ait eu 129 attaques ; mais la paralysie ne fut pas modifiée et la malade mourut peu après. Or l'autopsie ne fit voir aucune

lésion dans les zones psycho-motrices, mais une gomme dans le pied de F2; l'absence de lésion massive au point trépané (PA, P) explique l'insuffisance de la trépanation au point de vue de la paralysie et permet cependant de se rendre compte qu'elle ait suspendu les accidents épileptiformes, en donnant plus de jeu aux circonvolutions fronto-pariétales irritées.

FEINDEL.

50) **Sarcome du cortex.** (*Sarcomatous tumour of the shoulder centre in the cortex of the right hemisphere*), par J. G. SHAW et J. P. BUSH. *Bristol medico-chirurgical Journal*, 1895, II, p. 99.

Homme de 34 ans, qui a présenté les premiers symptômes de l'affection actuelle, le 9 décembre 1894 : ce fut une crise commençant par des douleurs dans les aines, suivies de spasmes dans tout le corps, sauf la tête, sans perte de connaissance. Après elles, il put marcher et mouvoir les membres supérieurs ; mais, lorsqu'il n'y faisait pas attention, le membre supérieur gauche se plaçait de manière que la main s'appuyât sur le thorax. Nouvelles attaques le 15 décembre et le 2 janvier. Après cette dernière, il remarqua qu'il avait perdu toute sensibilité dans le cou et la jambe gauche ; il pouvait mouvoir le bras gauche avec la main droite, sans percevoir les changements de position ; ensuite la sensibilité revint, mais incomplètement. Le malade entre à l'hôpital le 25 janvier ; on constate que tout le côté gauche est affaibli, le maximum d'affaiblissement portant sur l'épaule gauche ; de même existe de l'anesthésie sur tout le côté gauche, plus marquée au niveau de l'épaule. La pupille gauche est légèrement œdématisée ; il y a, à droite, nettement, de la névrite optique. Au courant faradique, les muscles du côté gauche réagissent d'une manière très atténuee, et le deltoïde pas du tout. Pendant les jours suivants, on remarque que l'anesthésie et la paralysie varient très notablement d'un moment à l'autre. Le 3 février, il y eut une attaque sans perte de connaissance, caractérisée surtout par des mouvements d'abduction et d'adduction de l'épaule, avec légère flexion et extension. Les jours suivants, aggravation progressive des symptômes. Les muscles de l'épaule et du bras, qui étaient atrophiés, ont presque complètement disparu.

Le 22 février, sous chloroforme, après incision demi-circulaire, à l'aide de trois couronnes de trépan et du ciseau, fut enlevé un triangle osseux dont la base, longue de trois pouces, était parallèle à la suture interpariétale, et éloignée d'elle d'un pouce ; le sommet était au centre du sillon de Rolando, les bords antérieur et postérieur longs de trois pouces. La dure-mère battait bien et ne faisait pas saillie. Le lambeau est rabattu et fixé par quelques points de suture. Le lendemain, le patient répond avec un peu moins d'effort aux questions. Le 24 et le 25, l'analgésie est moins marquée, ainsi que les réflexes patellaires ; le malade sent la position de son bras gauche. Le 27, injection sous-cutanée d'un quart de grain de morphine ; au bout de dix minutes, la dure-mère est ouverte par une incision cruciale ; l'électrisation du cortex ne produit de mouvements qu'en un point, en avant du sillon de Rolando, un pouce au-dessous de son extrémité inférieure ; ce sont des spasmes cloniques de l'avant-bras gauche. L'incision corticale et l'exploration du tissu sous-cortical avec une sonde n'ayant rien fait découvrir, du chloroforme est donné et une couronne de trépan appliquée à l'angle postéro-supérieur de l'orifice, puis une incision corticale faite à la jonction des tiers supérieur et moyen de la frontale ascendante : une tumeur bleuâtre est trouvée, d'un pouce de diamètre ; elle est facilement enlevée

avec le manche d'une cuiller. L'hémorragie est légère ; on doit seulement lier deux petits vaisseaux à la surface du cortex. Sutures de la dure-mère ; drain subdural. Il y eut d'abord amélioration, surtout dans les muscles de la cuisse gauche, puis les symptômes s'aggravèrent à nouveau et l'hémiplégie devint complète, de même que l'anesthésie et l'analgésie, la cornée gauche elle-même étant insensible ; la névrite optique et les hémorragies rétiennes s'accentuèrent ; l'apathie devint profonde. Mort le 16 mars. Il n'y avait pas trace de réparation du cortex. La tumeur, un sarcome à cellules rondes, qu'on avait cru enlever complètement, s'étendait à la partie supérieure de la frontale ascendante et au pied de la première frontale.

Le point intéressant de cette observation est l'intensité de l'analgésie et de l'anesthésie. Bremer et Carsou ont noté qu'elle se développait d'ordinaire après les interventions. A rapprocher les expériences de Flood et Schœfer (*Brit. M. J.*, 1894, II, 189), les cas de Murray et Richardson (*Lancet*, 1895, I, 665), d'Allen Starr et Mc Gosh (*Am. J. of M. Sciences*, 1894, II, 517) : ces deux derniers, intéressants au point de vue de la perte du sens musculaire.

CHIPAULT.

51) Le traitement du torticolis par les interventions sur le nerf spinal (The surgical treatment of torticollis, with especial reference to the spinal accessory nerve), par E. ELLIOT. *Annals of Surgery*, 1895, I, I, p. 493.

Dans les cas congénitaux, c'est l'allongement du muscle qu'il faut pratiquer, de préférence par section à ciel ouvert, de son tendon.

Dans les torticols spasmodiques, il faut recourir aux interventions sur le nerf spinal. Le nerf peut être atteint en arrière ou en avant du sterno-mastoïdien. — En arrière, par une incision de trois pouces faite à la partie moyenne du bord postérieur du muscle. L'avantage de cette méthode est la facilité, mais elle a des inconvénients multiples. Même si la partie du spinal qui émerge du sternum est bien développée, il n'est pas aisément de la distinguer des branches trapéziennes du plexus cervical, non seulement parce qu'elles lui sont parallèles, mais encore parce qu'il existe une anastomose entre le spinal et le deuxième nerf cervical, au niveau du bord du sterno-mastoïdien ; l'excitation mécanique ou électrique du nerf ne renseigne du reste pas, car de quelque nerf qu'il s'agisse, elle produit la contraction du trapèze. D'autre part, cette partie rétro-mastoïdienne du spinal est parfois très petite. Enfin le nerf peut passer entièrement sous le sterno-mastoïdien, au lieu de le traverser, lui abandonnant seulement une petite branche qui le quitte au-dessous du ventre postérieur du digastrique pour entrer dans le muscle à sa place habituelle. On préfère d'ordinaire atteindre le nerf en avant du sternum. L'auteur a fait à ce sujet de nombreuses dissections. L'incision, dit-il, doit être longue, car le nerf est très profond, et doit s'étendre de la pointe mastoïdienne à un ou deux pouces au-dessous de l'angle de la mâchoire. Le bord antérieur du sterno-mastoïdien est alors découvert. Dans la partie supérieure de la plaie se trouve la portion postéro-inférieure de la parotide qu'on incline en avant, quoique d'ordinaire elle ne déborde pas le muscle. Il est alors relativement facile de découvrir l'apophyse transverse de l'atlas, placée immédiatement au-dessous de l'apophyse mastoïde, et en avant de laquelle se trouve, dirigé en avant et en bas, le ventre postérieur du digastrique. En arrière de ce muscle sont placés les vaisseaux du cou avec le nerf spinal émergeant du foramen jugulaire, et l'opérateur est certain de ne point les blesser tant qu'il reste au-dessus du digastrique. Owern insiste sur ce fait que le nerf entre dans le sterno-mastoïdien au niveau de l'angle du maxillaire. Mais,

dans la grande majorité des cas, en quittant la veine jugulaire, il prend des rapports bien définis avec l'apophyse transverse de l'atlas. Jamais au-dessus, quelquefois directement à son niveau, habituellement une fraction de pouce en avant de sa partie la plus saillante, le nerf peut être aisément découvert dans la mince couche de tissu conjonctif qui l'enveloppe et, de ce point, isolé jusqu'à son entrée dans le muscle ; si par hasard il échappe, on soulève le bord antérieur du sterno-mastoïdien au niveau de l'angle du maxillaire, et, en disséquant le tissu adipeux qui sépare sa couche profonde du faisceau vasculaire, on le découvre aisément. En règle générale, le nerf apparaît au-dessous du ventre antérieur du digastrique, passe en avant de l'apophyse transverse de l'atlas, et pénètre sous le sterno-mastoïdien au niveau de l'angle de la mâchoire. Il est d'ordinaire accompagné par une petite artère et une veine.

L'auteur termine en examinant les procédés qui permettent de découvrir les nerfs cervicaux postérieurs.

[Nous lui ferons remarquer qu'il y a plus d'un an, nous avons le premier insisté sur l'importance de l'apophyse transverse de l'atlas, pour la découverte prémas-toïdienne du nerf spinal. Ses renseignements bibliographiques paraissent du reste s'arrêter en 1893.]

CHIPAULT.

52) La résection intra-durale des racines médullaires postérieures (Étude physiologique et thérapeutique), par CHIPAULT et DEMOULIN. *Gazette des hôpitaux*, 15 août 1895, n° 95.

L'une des tentatives les plus intéressantes de la chirurgie rachidienne est certainement la résection, à l'intérieur de la dure-mère, des racines postérieures comme traitement de certaines névralgies rebelles. L'opération n'a encore été tentée que sept fois (Bennett, Abbe, Horsley, Chipault et Demoulin) L'intervention comprend deux temps : l'ouverture du canal rachidien et la mise à nu du fourreau méningé, et deuxième temps, ouverture de ce fourreau et résection des racines. Avec les précautions qu'indique l'auteur, on peut réséquer plus d'un centimètre des racines cervicales, trois des dorsales, plus des lombaires et sacrées, étendue qui avec l'absence de tissus conducteurs donne une sécurité absolue contre tout rétablissement de continuité de la racine réséquée. Le premier temps est hémorragique et avant tout explorateur ; cette vérification peut être fort laborieuse à elle seule, déterminer du shock ; c'est pourquoi les auteurs ont scindé l'intervention en deux séances, à vingt-quatre heures l'une de l'autre. Le deuxième temps est presque exsangue, mais parfois fort long.

Les racines à couper, pré-opératoirement déterminées, se retrouvent au cours de l'intervention, grâce à la notion du rapport des apophyses épineuses avec l'origine médullaire des racines et celle du rôle moteur des racines antérieures ; l'électrisation directe met en action ce rôle moteur. Quel que soit le niveau où l'on intervient, la résection intra-durale des racines postérieures est très grave à cause de la reproduction incomplète ou nulle du liquide céphalo-rachidien écoulé lors de l'opération et de la congestion consécutive des centres nerveux : deux opérés sur sept ont succombé à des accidents qu'il est difficile d'interpréter autrement.

La résection des racines postérieures détermine dans le territoire des racines réséquées des modifications *raso-motrices, trophiques* et de nature *sensitive*. Les résections faites chez l'homme ont complété la formule de Sherrington et on peut dire : la section d'une seule racine postérieure détermine une hypoesthésie fugitive sur le territoire de cette racine ; la section de trois racines détermine sur le territoire des deux racines extrêmes cette même hypoesthésie et sur le

territoire de la racine moyenne une anesthésie plus durable. Sur les sept opérations, sept fois les douleurs ont diminué considérablement ou disparu.

Les résections radiculaires postérieures intra-durales modifient de la manière la plus heureuse l'état trophique et algésique du territoire des racines réséquées. Dans les *nécralgies non spasmoidiques* lorsque le nerf atteint de névralgie joue un rôle moteur important, la résection intra-durale des racines postérieures qui lui correspondent présente, sur la résection du nerf lui-même, l'avantage considérable de ménager entièrement sa fonction motrice ; la résection intra-durale est le procédé de choix. Pour les *névrālgies radiculaires*, l'intervention pour séparer des centres la cause de la névralgie, doit ici nécessairement porter sur la portion intra-durale des racines postérieures : la résection en ce point n'est plus une intervention de choix, mais la seule intervention susceptible de donner un résultat thérapeutique ; dès lors il faut, lorsque le diagnostic de névralgie radiculaire est bien posé, pratiquer d'emblée cette intervention sans s'attarder aux interventions moins élevées, qui seraient nécessairement infructueuses.

FEINDEL.

- 53) **Contribution à l'étude de la tuberculose vertébrale antérieure,**
par CAUSSIN. Th. Lille, 1895.

[Travail peu original où l'auteur croit devoir raconter toute l'histoire du mal de Pott.] Nous n'en retiendrons qu'une observation. Chez une fillette de 14 ans, dont la colonne vertébrale paraissait normale, était survenue, au-dessus de l'arcade de Fallope droite, une tuméfaction légère que l'on diagnostiqua abcès par congestion. Elle fut incisée et l'on trouva un point osseux carié, arrondi en forme de cupule, siégeant au niveau de la deuxième ou de la troisième lombaire, sur sa face antérieure. La cavité fut curetée et tamponnée à la gaze iodoformée. Fistule persistante.

CHIPAULT.

- 54) **Traitemennt des maux perforants par l'élongation des nerfs planaires,** par CHIPAULT, *Presse médicale*, 14 septembre 1895.

Les observations sont au nombre de cinq, dont deux relatives à des maux perforants par névrite périphérique, trois à des maux perforants de cause médullaire. Le succès obtenu est bien supérieur à ce que donnent les autres méthodes thérapeutiques. L'auteur donne les divers procédés de découverte qui peuvent être utiles pour appliquer sa méthode ; les élongations des petites branches seront rarement indiquées à cause de l'étendue assez grande du dystrophisme et du voisinage d'une ulcération chronique infectée. On aura plus souvent recours aux élongations à distance moyenne, élongation du tronc commun des plantaires sous la malléole interne, du musculo-cutané au-dessus de la malléole externe, du saphène externe sur le bord du tendon d'Achille, tous nerfs faciles à découvrir.

FEINDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

RISIEN RUSSELL. — Défaut de développement du système nerveux central chez un chat. *Brain*, 1895, part. LXIX, p. 37.

A. CHIAPULT. — Les kystes dermoides extra-crâniens. *La Médecine moderne*, nos 80 et 81, 1895.

BERGER. — Myélite aiguë dans le cours d'une bronchite. Myélite aiguë à type du Landry. *Congrès de méd. interne*, Bordeaux, 1895.

BAUDET. — La résorption progressive des arcades alvéolaires ou mal perforant buccal. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1895.

ENGEL-REIMS. — Hypertrophie de la glande thyroïde dans la période précoce de la syphilis. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1895.

P. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Acromégalie, ostéo-arthropathie hypertrophiant pneumique et maladie osseuse de Paget. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1895.

DE CAZENAVE DE LA ROCHE. — Trois cas mortels d'angine de poitrine ; un cas d'artériosclérose en traitement, vraisemblablement d'origine bactérienne. *La Médecine moderne*, 1895, n° 72.

NEUROPATHOLOGIE

Cerveau et moelle. — MESLIER. — La périméningite aiguë. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1895.

HENNART. — L'hémiplégie dans la méningite tuberculeuse. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 septembre 1895.

RENDU. — Urémie cérébrale. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1895.

BEREWI. — Recherches statistiques sur l'étiologie du tabes. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1895.

MARIE. — Tétanos suivi de guérison. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1895.

Névroses. — RENDU. — Hystérie avec phénomènes insolites chez un homme. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1895.

COLLIGNON. — La migraine chez les jeunes enfants. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1895.

PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Sur l'automatisme ambulatoire. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1895.

PITRES. — Les borborygmes hystériques rythmés. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 septembre 1895.

PSYCHIATRIE

DELMAS. — Rapport des infections aiguës et de la paralysie générale. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1895.

RITTI. — Les psychoses de la vieillesse. *Arch. cliniques de Bordeaux*, août 1895, n° 8.

DAGONET. — Les sentiments et les passions dans leurs rapports avec l'allévation mentale. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1895, p. 5.

TOULOUSE. — De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1895, p. 114.

Psychiatrie et soins spirituels. Documents réunis par le comité des aliénistes allemands. *Allgemeine Zeit. f. Psychiatrie*, t. I, f. 3-4, p. 801 à 896, 1894.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

ne,
ype
fo-
ce
ate
ua-
as
La
e-
ie
8.
ie
s,
1